فهرسة كتاب الولادة

القسم الخامس

يمو النوجي

صحيفه

المطلب الاول فى الجس

صحيفه

القسم الثانى

صحيفه

صحيفه

صحيفه

صحيفه

الجنين
٥٠٠

صحيفه

صحيفه

صحيفه

صحيفه

تمت فهرست كتاب الولادة بمقتضى ترتيب الكتاب ويليه فهرست مرتبة على حروف المعجم حسبما ينطق تسهيلا للمراجعة لا انها مرتبة على حسب الحروف الاصول لصعوبة ذلك على المبتدئين والعامة

فهرست كتاب الولادة مرتبة على حروف المعجم

حرف الالف

مجيء

تمت الفهرسة المرتبة
على حروف
المعجم

جدول الخطا والصواب

جدول الخطاء والصواب

صفحه	سطر	خطا	صواب
٥٢	٢٤	واذاقد	واذا
٢٥	١٥	اجميع	فيكون جميع
٦٥	٢١	قد	ان
٦٦	١٠	فلرأة	المرات
٧٩	٧	بالمختلفة	المختلفة
٩٤	٥	الحل	الخل
٩٤	١٦	يخزم	يجزم
١٥١	٥	المتعنى	المتعين
١٥١	٢٢	المتجاهين	المتجامعين
١٥٢	١٢	درقة	رقة
١٥٧	٢	ريق	ادبق
١٥٧	١٧	حبت	جست
٢٠٢	١٣	منفصلان	منفصلين
٢٠٢	١٨	بل من عدمها هنا آكد	بل عدمها هنا آكد من
٢٢٠	١٩	احيانا	احياء
٢٥٠	١٨	الطل	الطول
٢٨١	١	ظهران معه	ظهر معه
٣٢٤	١٧	كانت	كما كانت
٣٢٨	٨	تستثنى	تثنى
٣٣٦	٢٠	والتى	التى
٣٤٢	٢٠	التى	الذى
٣٩٨	٣	ذلك	لك
٣٩٩	٥	صر	قصر

صحيفه	سطر	خطأ	صواب
٤٠٥	١٥	ضيف	خيف
٤٠٧	٨	يعصر	يعسر
٤٤٧	١٣	محال	محل
٤٥٦	١٣	فعلها	بفعلها
٤٧٩	٦	وبعضها	وفى بعضها
٤٨٤	٢١	كما فى تكون	كما تكون
٤٨٨	١١	ممنة	ممكنة
٤٩٢	١٦	بوصولها	بوصوله
٤٩٩	٥	وبموجب يكون	وبموجب ذلك يكون
٥٠٠	٩	من يدفع	ان يدفع
٥٠٣	٢	كثيرا	كثير
٥١١	٧	مخروم	لزوم
٥٢٠	٢٤	عملت التحويل	عملت عملية التحويل
٥٢٤	٢	الى الخلف	لا الى الخلف
٥٣٣	٣	وقفنا	وقعنا
٥٥٤	٢	عندموت	عنده موت
٥٨١	٢٠	الذى ان	ان الذى
٥٩٠	١٥	لكن مع ذلك	لكن ذلك
٥٩٧	١	ويمكن	ويمكن
٦١٣	٢١	فظن	نظن
٦١٦	١٥	لسلامتها	لسلاستها
٦٦٩	١٠	الثانى	الثامن
٦٧٠	٤	فانسبة	فانسبه
٦٧٢	٢١	فان جميع	جميع

الاول

٦٩١	٣	الاول	الاولين
٩٨	٦	الثانى	الخامس
٧١٢	٢٥	انكار	انكارا
٧٢٤	١	من اربع كل	من كل اربع
٧٣٨	١٠١	اخترعها	اخترعتها

كتاب الولاده

بسم الله الرحمن الرحيم

الحمد لله الذى ابدع المصنوعات واودعها من العجائب سرا خفيا * وصور
بحكمته اصل الانسان من ماء فجعله بشرا سويا * وابرز نوعه من تلك
النفس التى خلق منها زوجها * وامطر على بزور النطف فى اراضى الارحام
ماسقى منها رياضها ومروجها * وسلط على الخلق شهوة بها اضطروا الى الحراثة
واستبقى بها نسلهم وخلفهم عقبا ووراثه * فسبحانه من اله صور الانسان
نطفة فعلقة فمضغه * وصاغه وصبغه فى احسن تقويم ومن احسن من الله
صبغه * واشهد ان لا اله الا الله تنزه عن الصاحبة والوالد والولد * وتعالى
عن ان يحيط بكنهه احد * واشهد ان سيدنا محمدا عبده ورسوله * طابت فروعه
وزكت اصوله * صلى الله عليه وعلى آله خلاصة الاخيار * واصحابه اخيار
الخلاصة الابرار * وبعد فيقول الفقير الى ربه الكريم * احمد حسن
الرشيدى الحكيم * ان العلم خير مرغوب * وانفس مكتسب واعز مطلوب *

والمنسوب

والمنسوب اليه اشرف منسوب * والمحسوب من العمر فى غير الحرص عليه
ليس فى ربح التجارة بمحسوب * وان من اعظم فروعه نفعا * واكثرها للخيرات
جمعا * علم الطب الذى هو اكسير السيادة الكبرى * وهو بالتقدم بعد
العلوم الشرعية احرى * فروعه ذات مناهج كثيره * واصوله واسعة غزيره *
تحيرت العقول فى سلوكها * تحير الشمس قبل دلوكها * ودونت فيه كتب
صعبة المراق * وشاعت وذاعت فى جميع الاقطار والآفاق * وشهد له الآن
بالتقدم اهل الكمال * واشتغل بتحريره صناديد الرجال * قد غاص على درره
مؤلفوها بحار المعارف * وادرجوها فى سلك التدقيق على رغم المخالف *
وانى لما خاطبتنى العناية بالارشاد * وسالمتنى الهداية بنيل الامداد * شرعت
اتنقل فى دراسته حالا بعد حال * واركب فى قطع مفاوزه تعاسيف القفار
والجبال * ومشيت وترددت وذهبت * وسعيت لتحصيله وتغربت * وشربت
من ذلك المشرب الذى كم هلك دونه هالك * ونزل لحضيض المنازل قبل
ان يصل الى تلك الممالك * فصرفت نحوه العزم والعزيمه * والقيت نفسى
على مبانيه القويمه * وحمت حول حماه المأمون * وبلغت منه ما منّ الله به
علىّ من الفنون * ولما رايت ان العالم وان امتد باعه * واشتد فى ميادين
الجدال دفاعه * يكون نفعه قاصرا على مدة حياته * وسينسى ويهجر ذكره بعد
مماته * مالم يصنف كتابا يخلد بعده * او يورث علما ينقله عنه تلميذا اوجد
الناس فقده * اخذت فى تعاطى هاتين الصناعتين * والقيام باتمام كل من
الوظيفتين * احداهما التدريس بمدرستنا الطبيه * وثانيتهما الاشتغال
بالتأليف والتراجم السنيه * ولعمرى ان التصنيف لارفعها مكانا *
لما انه الذى منه ما تطول مدته زمانا * فلذلك اشتغلت فيما سبق بترجمة مؤلفات
كانها بساتين ازهار * وجمع مصنفات كانها حدائق تفجرت منها الانهار *
وتلقاها اعاظم الناس بالقبول * وان كانت بالنسبة لمؤلفات الافاضل تعد
من الفضول * ولما تعلقت همة ارباب شورى الديوان * بطبع كتاب مخصوص
بعلم الولادة الجليل الشان * يكون كنز المدرسة الولادة التى انشأها صاحب

السيادة العاليه * وذخيرة لتلامذتنا بمدرسة الطب الساميه * توجه لى
الخطاب بالنظر فى ترجمة برزت من الحاذق النحرير الذى نال من كل ما أمله
نصيبه * اخينا الفاضل على افندى هيبه * فوجهت ركاب النظر لاجابة
مسئولهم * وتوجهت تلقاء مدين مطلوبهم * ونظرت فى تلك الترجمة الكامله
فرأيت ان لا بد لها من تعب فى التصحيح والمقابله * مع ان مؤلف الكتاب
وهو هنتان ترك اشياء لا يستغنى عنها الطالبون * وخلا كتابه عن تحقيقات
مهمة يتطلبها الراغبون * وشاركت النظر فى ذلك مع اخوانى الاطبا * ممن
كان معى فى الدراسة ببلاد اوروبا * فانحط الرأى على ان الاولى تسريح النظر فى
مطارح التأملات * وانتخاب كتاب فى هذا الفن جامع لبدايع المؤلفات *
فما رأينا احسن من كتاب اشتمل على المحاسن * وغدا انموذج رياض ماؤها غير
آسن * قد سلك مصنفه فيه مسلكا قل من سلك من الفحول مثله * وبحث
بصائب فكره عن تحرير ما اورد نقله * كيف لا وهو الماهر الفائق فى التآليف
والتعليم * الطبيب الجراح فلبوس الحكيم * لازمته فى دروس الجراحة نحو
ثلاث سنوات * واكتسبت من غرائب تحقيقاته بدايع تنبيهات * وعند
ما آن اوان بزوغ ما فى الغيب لعالم الشهاده * وخروج يد الآمال بيضاء من
جيب السعاده * جرى طرف العزم على السير وجال فى ميدانه * وبعث الحق
الى القلب دواعى الطلب فانقادت لديه ابطال فرسانه * فانتصبت قائما على
الحال * ولازمت ما يجب على من الاجلال * وشرعت فى التأهب للمسير *
طالبا من الله حصول التيسير * واستعنت بهمة من غمرنى بالاكرام * وعمنى
بالجود والانعام * صاحب العزم الذى عز من يحاوله * والكرم الذى علا عن
ان يكون فى الكرام من يطاوله * كيف لا وقد شاع ذكره فى تخوم الآفاق *
وعلا بالملكات الفاضلة على الاعاظم وفاق * وتزينت به الوزارة والتدبير * وانحط
دون مقامه جبل يلملم وثبير * واضحت فى زمنه حدائق العلم يانعة الازهار *
كأنها جنات عدن تجرى من تحتها الانهار * وعذبت بالديار المصرية موارد
فضله * وامطر على الصغير والكبير وابل كرمه وعدله * فاضحى وهو قبلة المجد

التى

التى لا تزال حولها الا مال طائفه * ولا تبرح تسعى اليها طائفه بعد طائفة مقبول الوزراء للدولة السلطانيه * ونخبة الكرماء من المملكة الاسلاميه * الدستور المكرم محمد على باشا * بلغه الله من العناية ماشا * ولا زال سعده باقداره منشورا * وجيش عزه بانصاره منصورا * وجواد عزمه سابقا * وطالع سيادته فائقا

هذا ولما فرغت من تهذيبه وجمعه * وبرز الامر من الباب العالى بطبعه * اسمعته لجمع من اخوانى الاطباء الحذاق * ممن حاز وارتب العلا ومحاسن الاخلاق * فبرز بعد ذلك كالعقد الفريد * وانتظمت مسائله انتظام الدر النضيد * فارجو وآمل ان يحظى بنيل المنا والمأمول * وان يغرد عليه طير الفلاح والقبول * سيما وهو اول كتاب فى فنه اشرقت شمسه عند العرب * وتقومت اغصان رياضه فتاهت عجبا من الطرب * وقد اهديته لكل ذكى جبل طبعه على الانصاف * واجتهد فى عصمة نفسه عن الميل والانحراف * على انى لا اقول انى صغته فى قالب الكمال * ولا نسجته على احسن منوال * لعلمى بان مضمار الافكار * لا تسلم فيه الجياد من العثار * سيما وبضاعتى قليلة * وافهامى كليلة * فلا ابرئ نفسى من السهو والزلل * ولا انزههما من الخطأ والخلل اذ ذلك امر وقع فيه الاول والآخر * وقضية استوى فيها الضعيف والقادر * فلذا اروم من الواقف عليه اغماض الطرف عن الهفوات واسبال ذيل الستر على ما فيه من السقطات * نسأل الله ان يقيل عثراتنا * ويغفر زلاتنا * بجاه محمد وآله * والسالكين على منواله * وقد سميته طالع السعادة والاقبال * فى علم الولادة وامراض النساء والاطفال * وفى افتتاح المقول * ابتهل الى الله واقول

(مقدمة تحتوى على اربعة ابواب)

الباب الاول
فى تعريف علم الولادة وعظم اعتباره

علم الولادة فرع من الفروع المهمة العصحة الطبية يبحث فيه عن ما يتعلق بتناسل البشر ولما كانت قواعده الاصلية مغترفة من الاصول الميخانكية ومؤسسة على اصح ما يحتوى على التشريح تخاصت فى اقرب وقت من الاراء الافتراضية التى طالما كانت بها صناعة الشفاء معدودة من الهذيان وارتفعت وسائطه العلاجية المذكورة فيه درجة تقرب من حقية العلوم الرياضية * وهذا العلم يستدعى دراسة عميقة وممارسات وتجريبات بحيث لا يكمل الا لاشخاص بذلوا انفسهم مدة طويلة فى البحث والتأملات ولما كانت حدوده التى ينتهى اليها محصورة كان لا بأس بفصله من الشجرة الطبية الكبيرة وجعله فرعا مستقلا او نوعا من الممارسات والاعمال متميزا عن غيره

ثم ان جميع الناس لم يتفقوا على ما ذكرناه لهذا العلم من الاعتبار فان كثيرا من العامة والفلاسفة بل والاطباء جعلوه فى اسفل سلم العلوم بل بعضهم نازع فى نفعه ايضا وبعضهم اعتبره سهلا بسيطا يفوض امره للنساء دون غيرهن واستندوا فى آرائهم لعلل لا بأس بالنظر فيها

قال بعضهم ان علم الولادة غير نافع لانه لا يضطر للاستعانة بالصناعة فى الولادة الا فى مرة واحدة من مائة ونقول ان ندرة استعمال هذه الصناعة لا ينبغى ان تكون سببا لانكار منفعة وسائطها على ان ديونس قال انه يضطر للطبيب المولد فى ثمان مرات من عشرة وبعضهم قال فى مرة من سبع عشرة مرة واستند القائلون ايضا بعدم نفعه بان البلاد الغير المتمدنة ليس فيها طبيب مولد ولا مولدة وان الامريقيين لا يراعون الاحتراسات اللازمة للولادة ومثلهم نساء الحبشة وبعض بلاد الافريقية وغيرهن فلا يتعطلن لاجل الوضع عن اشغالهن ولا عن اسفارهن وان تلك الصناعة لا توجد فى بلاد الفرس ولا فى بلاد الصين فنقول لهم دليلكم فى ذلك غير مقبول اولا

ان احوال هؤلاء القبائل المتوحشة مجهولة لنا اذهم يجتهدون فى اخفاء
عوائدهم و اصطلاحاتهم عنا فالمانع من كونهم ستروا احوالهم عن
المسافرين الذين نقلوا اخبارهم لنا او كذبوا عليهم وثانيا ان ذلك يستدعى
انه لم يكن فى تلك البلاد المتوحشة اطباء كيف ذلك مع ان شردان الذى جاب
بلاد الفرس ذكر تاريخ قابلة كانت من اقدم عائلة فيها ودعيت لحامل وقت
الطلق لتتلقى حملها وتراعى صحتها مدة النفاس وبالجملة لا يعول على كلام
المؤرخين الخالين عن معارف صناعتنا فى جزمهم بان النساء لا يحتجن
فى الولادة للاستعانة بالصناعة مع ان ما ذكروه قد يشاهد ايضا فى سكان ارياف
اوربا وارياف بلاد نابل وفى المدن ايضا كباريس فقد تخفى البنات حملهن الى
وقت الوضع ويتفرغن للخلاص منه فى نحو نصف يوم ثم يرجعن بعد ذلك حالا
لاشغالهن الاعتيادية بل قد يشاهد ذلك ايضا فى جميع اجزاء الارض ولكن
ذلك لا يفيد الاستغناء عن الاطباء المولدين لان مثل تلك الاحوال وان لم يعقبها
عوارض مغمة الا انها كثيرا ما تكون ينبوعا لامراض ثقيلة ينبغى البحث
للمتمدنين على الوسائط التى تحفظ من حصولها

ولما لم يكتف بعضهم بما استندله من القبائل الباقية على توحشها استند ايضا
لما يوجد فى رتب اخرى من الحيوانات ذوات الثدى فذكر روسيل ان ولادة
الحيوانات غير البشر تعرضهن لاخطار اقل مما يحصل للبشر قال وسبب الخطر
الذى يحصل للآدميات استعانتهن بوسائط كاذبة مذكورة فى علم غير صحيح
فاللازم فى هذه الوظيفة الطبيعية ان تفوض الاحتراسات للبنية نفسها
ولا يستعان بشئ خارج عنها انتهى ونحن لا نقول بهذا الرأى بل نقول
ان سهولة ولادة الحيوانات وتوابع تلك الولادة على فرض قلة الخطر الذى
يحصل لها انما هى ناشئة من سبب آخر وهو تركيب اعضائها واما عسر ولاد
النساء وقبولهن لكثير من الاخطار فمعظم ذلك ناشئ من وضعهن العمودى
على سطح الارض وكون حوضهن اضيق بالنسبة لحجم الجنين واصلب وكونه
متسعا بين المضيقين ومنحنيا قليلا بخلافه فى غير البشر من ذوات الثدى فانه

يكون مستقيما او قريبا للاستقامة ومستطيلا جدا والجنين يأتى فيها بنوزه لا بجمجمته مع ان تلك الحيوانات يعسر حفظها عند الوضع من كل عارض فانه كثيرا ما يضطر لعملية القلب والعملية القيصرية المهبلية ووضع الكلابات فى البقر التى يغلب فيها مسك المشيمة وانقلاب الرحم وغير ذلك وسكان الارياف يعرفون ذلك فيها او براعونها فى فصل ولادتها باحتراسات كثيرة نعم قوة الابنية فى نساء القبائل المتوحشة والمنهمكات على الاشغال الشاقة تعرضهن فى الولادة لاخطار اقل مما يصيب نساء البلاد المتمدنة لكن متى عرضت تلك العوارض كانت فى كل من الصنفين مخيفة وذلك كالتهاب البلورا اى ذات الجنب وتمزق الرحم والاوضاع الرديئة للطفل والاحتياج للعملية القيصرية وعملية القلب

هذا ومن المعلوم ان الاحتراسات التى ذكر والزومها للمرأة فى مدة الولادة كثيرة مختلفة غير ان بعضها نافع بل لازم ضرورى وبعضها غير نافع بل خطر وفعل تلك الاحتراسات بدون تمييز بينها قد يوقع فى الخطر فمن اللازم تحقق منفعة ما يستعمل وأمن خطره وهذا هو اساس هذا العلم فهو المتكفل ببيانه

الباب الثانى
فى بيان الاحق بتعاطى هذا العلم

هل الاحق بتعاطيه النساء او الرجال نقول اما بالنظر للوظيفة نفسها اذا كانت بسيطة فالنساء القوابل يكن مثل الرجال فى ذلك واما الولادة المصحوبة بعوارض ثقيلة فالرجال الاطباء المولدون هم الاحق بمباشرتها لان حالة النساء من الرقة واللطافة تمنعهن عن ان يتحملن مماوسة تلك الاعمال الشاقة واما من منع مباشرة الرجال للولادة بالكلية وقال ان ذلك سوء ادب وقلة حشمة فلم يتنبه الى ان خوف الخطر وحفظ الشخص يحملان عائلة المرأة على ان تدعو الطبيب الجراح لمباشرة ذلك متى كان هناك داء فى اعضاء التناسل او استدعى الحال فعل عملية لها لان الطبيب المولد فى تلك الحالة يحصل به

اطمئنان اكثر من القابلة لقدرته على معالجة العوارض اذا عرضت فالقابلة انما تكفى فى ابسط الاحوال فتتمم لوازم حفظ المرأة ومراعاتها بخلاف الطبيب المولد فانما يحفظها فى اواخر ازمنة الطلق وفى توابع الولادة اذا علمت ذلك علمت ان النساء القوابل هن القائمات باعظم جزء من الخدمة لان اكثر الاحوال انما تستدعى من الاحتراسات ما يتعلق بهن بخلاف الطبيب المولد فلا يحتاج اليه الا فى الطب والجراحة ولما كان الغالب ان عائلة المرأة لا تنادى مولدا وقابلة معا الا نادرا وانما تنادى احدهما فقط وكان فى المولد قدرة على فعل ما تفعله القابلة دون العكس كان الطبيب المولد هو الاولى بالنداء

واذا استند من قال بتقدم القوابل على الرجال المولدين بما ذكر فى التواريخ القديمة من ان اليونانيين اخترعوا فى خرافاتهم آلهة مؤنثة تقوم بوظيفة الولادة نقول له ان الرومانيين ايضا نصبوا لذلك تماثيل مذكرة * فان قيل قد سمع ايضا فى التواريخ ان بعض نساء الملوك المتقدمين لم يقربهن فى الولادة الا النساء القوابل نقول نعم غير انه كثيرا ما كانوا يحضرون بالقرب منهم فى المنزل نفسه حكماء مولدين خوفا من حدوث عارض كما وقع ذلك فى ولادة ملكة فرانسا زوجة الملك لويز الرابع عشر فانه كان معها نساء قوابل غير ان الطبيب بوشير اختفى نفسه فى بيت هنالك خوفا من حدوث عارض لها على ان اول ولادة وقعت فى الدنيا كان المباشر لها ذكرا وهو آدم عليه السلام مع حواء

ومما هو معلوم ان بلاد اوربا لما ابتدأ فيها التمدن وكان لم يزل فى اهلها بقية توحش كان المتحمل لاسعاف النساء عند الولادة وغيرها هن النساء القوابل ثم لما تقدم التمدن تحملت الاطباء تلك الوظائف حتى صاروا مولدين بالفعل وسيما لما طلب منهم دراسة هذا الفرع من الطب بحيث صار لهم بالقوانين مباشرته ولما صارت عادة الاوربيين منوطة بالحرية والاطلاق ولم تمنعهم اعتياداتهم من مباشرة ذلك كانت الاطباء عندهم هم المطلوبون اكثر من النساء ولم يزل ذلك جاريا الى الآن فى بلاد الانقليز والنمسا وفرانسا وايطاليا

وانسبانيا والبرتغال والبلاد المجتمعة بالاميرقة وغير ذلك ونتج لنا من ذلك
ان التقدم الطبيعي للاجتماعات البشرية يستدعي ان يؤول الامر لان يكون
المتعاطي لذلك هم الاطباء دون غيرهم ثم اذا مارست النساء ذلك واتقن
دراسته في المدارس وتعهرن بحيث صرن اهلا لاتمام ذلك بانفسهن وتجاسرن
على عمل العمليات الكبيرة كان من الانصاف الحاقهن برتبة الاطباء وذلك
لان بلادنا الان من عاداتنا منع اطلاع الرجال على النساء الان الناس تغالوا
في ذلك واطلقوا ذلك المنع سواء اقتضته الضرورة ام لا فترى المعظم منهم
لا يسمح لامرأة من عائلته ان يأتي اليها طبيب ويعالجها بل لو قيل له ان لم يأتها
طبيب يعالجها يخشى على حياتها يقول اريد ان تموت ولا يطلع عليها احد
فانظر كيف يتسبب في قتلها بذلك مع ان ديانتنا تحكم بان الضرورات
تبيح المحذورات ومن الذي تحرك عليه شهوة نفسانية عند مشاهدة امرأة
ملقاة على سرير علاه ومولدة المنظر منفرة للنفس ولا سيما اذا كان معها امراض
تسأم النفس من النظر اليها ومن شم رائحتها كامرأة مسهولة او مصابة بحمى
خبيثة عفنة او قروح كريهة وغير ذلك ولكن نرى اعقل الناس واكثرهم
معارف ينادون الطبيب لاهلهم وعائلتهم عندما يحصل لهم ادنى توعك
ويسلمون له ان يفعل في المرأة ما تقتضيه صناعته من لمس ومشاهدة للاعضاء
وغير ذلك وذلك لعلمهم بان مثل تلك الاشياء مغتفرة في تلك الحالة وان ذلك
اولى من ان تترك لهلاك محقق او قريب لليقين وبذلك يخلصون من ذنب تسببهم
في قتلها بعدم اعراضها على طبيب حاذق امين نسأل الله ان يوسع معارفنا
ويزيل من اذهاننا الرعونات المخالفة للشرع والعرف والتمدن بجاه محمد وآله

الباب الثالث

في نبذة تاريخية تحتوي على سبعة فصول

لا ينبغي لشبه الوظيفة نفسها بالعوارض التي تعرض لها فان الولادة
البسيطة عمل آلي اي عضوي شاق مؤلم لا مرض فاذا تضاعفت بغيرها عدت
من الظاهرات المرضية بل من الامراض الثقيلة جدا في حالة كونها وظيفة

طبيعية

طبيعية لاتستدعى الا قابلة اوجارة اوقريبة من اقارب المرأة تحضر معها بخلاف ما اذا كانت مرضا فانها تستدعى زيادة على ذلك طبيبا اى جراحا ماهرا ولما كان الاصل حصول الولادة بدون تعسر وذلك انما يستدعى وجود النساء القوابل لا الاطباء المولدين الذين لا يحتاج لهم الا عند التعسر كان وجودهن متقدما فى الزمن على وجود المولدين اذ لا يصح ان يقال ان عسر الولادة متقدم على سهولتها

الفصل الاول
فى النساء القوابل

قد كانت النساء القوابل هن اللواتى يتحملن اعانة اخواتهن مدة طلق الولادة فى الزمن الذى كانت صناعة الشفاء فيه قواعد تجريبية واصولا عامية مأخوذة من كلام العامة واما الرجال فلم يتيسر لهم الاشتغال بذلك الابعد اكتسابهم معارف تشريحية وصحية وعلاجية واسعة ولذلك لم يذكر فى التواريخ القديمة الا النساء القوابل لا الاطباء المولدون اذا كان الكلام فى شئ متعلق بالولادة فقد تكلم بقراط على قابلة تسمى اكبرداس وفى كتب افلاطون وديوجينوس ان فانيريت ام سقراط كانت قابلة وقال ارسطاطاليس ان القوابل عندهن مهارة فى قطع الحبل السرى وبلينوس ذكر كثيرا من القوابل وامثال ذلك كثيرة يعلم منها ان النساء القوابل هن اللواتى كن يراعين النساء فى الولادة عند العبرانيين واليونانيين والرومانيين وغيرهم من بقية العالم ونقل الينا فى التاريخ من اسمائهن كثير فقد ذكر انه كان فى زمن فرعون مصر سيفورا وفورا وهما اللتان امرهما بان يقطعا من كل مولود عبرانى حبل السرة بكيفية تؤدى الى قتله وفى الخرافات اليونانية كثير من الاسماء مثل لوسين ومنيرف واومفال وغيرهن سوى ما ذكره مؤلفوهم فى كتبهم الصحيحة مثل لستينيا ومايا وماريا ومرجريثا ومنهن من ظهر لها اسم وصيت فقد نقل الينا ايتيوس عن قابلة تسمى اسبازيا بعض مسائل علمية تتعلق بهذا العلم ويظهر انه كان لها شأن كبير عند اليونانيين وانها كانت تعرف

ان تسقط الحوامل وتصير النساء عقيمات وذلك وان كان الآن ممنوعا عند الاطباء الا انه لا يقدح في علمها او شهرتها بحسب زمنها اذ كان ذلك في تلك الازمان تعتريه احكام فتارة يكون مباحا بل واجبا في شريعتهم ولذلك تكلم بقراط على الاسقاط بصورة كونه حكما شرعيا وذكر جالينوس امرأة تسمى ايلفنتيد كانت عالمة ايضا بصناعة زينة النساء والقابلة المشهورة طروتولا التي كانت من مدرسة سالرنوم وصعد بها كثير من المؤرخين الى القرن الثالث عشر يظهر ان كتابها الصغير هو اول كتاب الف في خصوص الولادة واما عد القوابل في رتب المؤلفين بالفعل فانما كان في زمن قريب لزمننا هذا وظهرت مؤلفاتهن بفرانسا وغيرها من بلاد الاوربا

الفصل الثاني

في الاطباء المولدين وحالة العلم في التاريخ القديم

عدم ذكر اسماء مولدين في التواريخ القديمة لا يدل على ان الاطباء كانوا لا يعرفون هذا الفرع لان قدماءهم ذكروا في كتبهم ما يفيد معارفهم (فاولا) كان بقراط المولود قبل التاريخ المسيحي بستين واربعمائة سنة شمسية يعرف ان الطفل لا يمكن ان يأتي للمضيقين الا بالرأس او الحوض او الجذع ولا يمكن ان يخرج الا اذا نزل باحد طرفي قطره الكبير ويلزم ادارته اذا كان موضوعا بالعرض ومن حيث انه كان لا يعرف جفت الولادة قال ان الرأس يجذب بسلك الاصابع في الفم او للذقن على هيئة كلاب سيما اذا مات الجنين ولم تنجح الادوية ولا الاهتزازات والوثبات التي تفعلها المرأة وكان يعرف ان الولادة بالقدمين خطرة ويختار حينئذ ان يدار الجنين حتى يأتي الرأس وتكلم ايضا على خروج الذراع وقطع هذا الطرف وعملية تقطع الجنين وتخليص المشيمة ورباط البطن وغير ذلك (وثانيا) ان جالينوس المولود سنة احدى وثلاثين ومائة من التاريخ المسيحي ذكر زيادات في بعض بيانات تعليمية فهو اول من قال ان عضلات البطن تساعد على اندفاع الجنين وعلى رأيه لا ينقلب الجنين الا قرب الطلق (وثالثا) ذكر سيلسوس الذي كان في القرن الاول

المسيحي

المسمى مختصر الولادة ذكرا جيدا فقال اذا انقبض الرحم ينبغى انتظار زوال الانقباض او مقاومة التشنج قبل ان توجه اليد اليها والجنين الحى قد يخرج بالرجلين فاذا مات صح ان يدار حتى يأتى رأسه او قدماه فاذا نزل بالعرض امكن ان يقطع ويخرج بعد ذلك بالكلابات وينبغى فى الولادة بالقدمين ان يسوى الحبل السرى خوفا من ان يتمزق او ينضغط فاذا بقى الرأس وحده فى الرحم لزم الضغط عليه وذلك يكون باحدى اليدين على الخثلة والاجتهاد باليد الاخرى عند ذلك فى جذبه الى الخارج وذكر سيلسوس ايضا انه يزال الدم المتجمد الذى يبقى فى تجويف الرحم بعد تخليص المشيمة (ورابعا) يوجد فى مجموع ايتيوس وصايا سيلسوس التى هى مختصر علم الولادة فى زمنه الا انه اتسع فيها وذكرها فى جملة مجاميع وخص ابوابا منها لامراض الاطفال والولادة وكان ايتيوس يونانيا ودرس الطب بمدرسة الاسكندرية وكان موجودا فى اواخر القرن الخامس العيسوى واوائل السادس (وخامسا) كان بولديجين فى المارستانات الجليلة طبيب النساء وكان موجودا فى القرن السابع العيسوى وافاد دروسا عمومية فى الولادة تلقتها منه نساء قوابل من قبائل كثيرة وهو الذى قسم الولادة الى طبيعية وشاقة وقال ان خروج المياه قبل اوان خروجها يكون سببا لحصول الحالة الثانية اى الولادة الشاقة وتكلم على كرسى الولادة ومنع الاهتزازات والوثبات التى امر بها بقراط وقال اذا جاء الجنين بيده ينبغى ان يدفع المنكب بان يوضع الاصبع تحت الابط واذا جاء بقدميه تمت الولادة بذلك وانما امر بان يجذب جذبا منحرفا او استداريا وامر بوضع الكلابات على القمحدوة وقال ان ثقب الجمجمة يكون احيانا لازما ليمكن مسك الرأس بالجفوت وان الاحسن انتظار تخليص المشيمة من نفسها وذلك اولى من ان يستعان على خروجها بقوة خارجية عند ماتكون الرحم متهيجة

الفصل الثالث

فى حالة علم الولادة فى التاريخ المتوسط

اما حالة علم الولادة فى التاريخ المتوسط الذى هو من سقوط مملكة الرومانيين سنة ٤٧٥ عيسويه من فتح القسطنطينية على يد محمد الثانى سنة ٤٥٣ عيسوية فنذكرها عند ثلاثة من القبائل اليونانيين والعرب والفرنساويين اذ لم يكن ذلك العلم اذ ذاك عند غيرهم فاليونانيون خرج منهم فى ذلك الزمن نساء قوابل لا حاجة لذكرهن لانهن لم يزدن شيأ على ما فى رسالة طورتولا واما الرجال فنخص منهم موسكيون والزمن الذى كان موجودا فيه غير معروف جيدا وانما ترك لنا كتابا طبعه جسنير ووضع مؤلفه فى اعلا رتب المولدين وكان يقول ان من النافع لتغيير وضع المرأة ليتغير الوضع الغير المناسب للجنين وان الولادة بالقدمين تقرب فى السهولة من الولادة بالرأس وانه اذا جاء الذراع جاز ان يفتش على القدمين لكن الاحسن ان توصل الرأس بداهما سيما فى الاوضاع المستعرضة وان القعدوة يلزم ان تأتى من الامام وان الرحم قد يحصل فيها انحرافات وانه لا بأس بربط الحبل من محلين قبل ان يقطع من المسافة بينهما

واما العرب فظهر منهم اشياء مخترعة جليلة وذلك لانه اذا نزلنا من زمن موسكيون الى زمن العرب نرى انه ظهرت تعسرات كثيرة فى الولادة فالتزموا ان يخترعوا العلاجها آلات فمنهم ابن سينا تكلم على جفت يصح ان يكون اصلا لجفت الولادة المستعمل الآن واوصى هذا المؤلف الماهر بكسر الرأس بكلاليب اذا كان كبيرا جدا بحيث لا ينفذ من الحوض وذلك هو ما تمسك به فى الازمنة الاخيرة بودلوك وذكر الشيخ الرئيس ايضا جملة فصول فى الحمل والتناسل وما يتعلق بذلك وفصولا اخرى كثيرة ايضا فى انواع من الوضع والولادة وما يتعلق بذلك

ومنهم ابو القاسم الزهراوى كان اعظم اهل زمانه ولم يقل شيأ زيادة عما وجد فى كتب اليونانيين سيما ايتيوس الذى كان مقبولا عنده ويتبوعا له بخلاف ابن سينا فان الظاهر انه اعترف معارفه من بولديجين وانما الذى يدلنا على معارفه فى الجراحة اختراعه آلات كثيرة فى ابواب كثيرة من كتابه ومنها

الاشكال

الاشكال الاربعة للجفوت والدافعة ذات العكاز والملوقين الحادين وغير ذلك والحالة التى ذكرها فى جنين خرج متقطعا من جدران البطن يقرب للعقل انها اول مثال عرف لنا فى تمزق الرحم

ومنهم الرازى الذى اشتغل بالطب قبل ابن سينا وابى القاسم وكتابه لا يحتوى على شئ لم يذكر قبله

واما الفرنساويون فانما كان منهم شخص يقال له جى من شوليالك وكان اعظم مقلد للعرب وقال اذا مات الجنين فلتجتهد القابلة فى اخراجه باليد او جذبه بكلاب واذا لم تخرج المشيمة بجميع ما يحرض خروجها لزم ان تدخل القابلة يدها مدهونة بمادة لعابية فى الرحم وتلتقطها بلطف

فانظر كيف كانت اصول صناعة الولادة الى ذلك الزمن مبهمة رديئة الوضع ولم يجمع احد الى ذلك الوقت هذه القواعد حتى يتكون منها مذهب واحد وانما نهاية ما يظهر ان الذى قارب ذلك شخصان فقط وهما بولديجين وموسكيون

فقد ظهر لك ان معظم الاطباء بل كلهم تكلموا على الولادة فى كتبهم اعنى انهم ذكروها مشتتة فى ابواب منها بدون ان يقع فى زمنهم تكوين فرع مخصوص من الجراحة وذلك لان الطب اذ ذاك كان علما واحدا وان الشخص المتعاطى له كان فى العادة يمارس جميع فروعه

الفصل الرابع
حالته فى القرن السادس عشر المسيحى

الاول روديون كان على رأس هذا الزمن والف كتابه سنة ١٥١٩ ورفعه بوش حتى جعله سنة ١٥٠٢ قال المؤلف ورأيت كتابه مطبوعا باللطينى ومؤرخا بسنة ١٥٣٢ وترجم بالفرنساوى ١٥٣٦ وهو وان كان صغيرا الا انه جليل مع انه انما يحتوى على ما قاله بقراط وايتيوس وبولديجين وموسكيون وابن سينا وكثيرا ما ينقل عنهم ولكنه لصغره لم يحتو على قواعد واضحة الادراك وصور هذا المؤلف صورة كرسى ولادة واشكال بعض اوضاع للجنين وشكل

شخص مشوه الخلقة ذى رأسين .

الثانى رويف بالتصغير وجد بعد رود يون حالا واعترف مما اغترف منه ايضا وترك لنا اشكالا مشابهة لاشكاله وهو الذى اتقن جفوت ابن سينا وابى القاسم وسماها باسماء مخصوصة وظهور هذين المؤلفين كان سببا للتغير الذى وقع فى صناعة الولادة فانفصلت بهما حينئذ من الشجرة الكبيرة الطبية واهتدى بهما القوابل والاطباء فى الممارسات

الثالث فرنكوس وباريه الذين اثبتا امكان الولادة بالقدمين وانها ليست خطرة وان المناسب فى الاوضاع الرديئة تحويل الجنين ينزل بهما اذا سهل وجدا انهما وان ذلك اولى من ان يفتش على الرأس والحركة الميخانكية اللازمة لذلك مذكورة بايضاح فى الكتاب الصغير الذى الفه باريه سنة ١٥٧٣ واعادها ثانيا فى كتابه الكبير وانتهى الحال باختيارها عموما

الفصل الخامس

حالته فى القرن السابع عشر

(الاول جيلوس) اخذ قواعد باريه وضم اليها ثمرة اعماله وسمى ذلك بالولادة السعيدة وهو كتاب من جملة كتبه ذكر فيه مع التفصيل رأى قرطيان الذى كان من اشهر الممارسين ومعاصر الباريه وربما كان هو اول من اعطى دروسا حقيقية فى الولادة وكان جيلوس يعرف الانقلاب وقد نقب المشيمة كما امر بذلك مجربير فى حالة التزيف وفى اندغام هذا الجسم على الفوهة والظاهر ان له وصية تمزيق الاغشية وان تولد المرأة بعنف اذا ظهر نزيف كثير مدة الطلق وبالجملة فزمن جيلوس هو اول الازمنة العظيمة للولادة . الثانى سان جرمان كان متبعا لاراء جيلوس والظاهر ان انتباهه انما كان لان يختصر للنساء القوابل كتابا صغيرا يحتوى على ما يلزم لهن فى صناعة الولادة ثم ظهر فى النصف الثانى من القرن السابع عشر موريسوس وفيارديل و بورطال و بوه وكتبهم معدودة فى الدرجة الاولى من كتب الفرنساوية ولنذكرهم على الاثر فنقول . الثالث موريسوس طبع كتابه اولا سنة ١٦٦٨ ثم طبع بعد ذلك

سبع مرات وكان زهرة زمانه فى علم الولادة ومعظم معارفه كانت فى علم الجراحة المتعلقة بالولادة ويحتوى ذلك الكتاب على تنبيهات ومشاهدات ثمينة فى الحبل السترى والولادة وتخليص المشيمة وتوابع الولادة غيرانه لم يزل فيه بعض غلطات وآراء غيرمقبولة فقد قال أن الرحم ترق مدة الحمل وارتفاق العانة لا يلين اصلا وينبغى ان تقرب المشيمة مع الطفل للنار عند قطع الحبل وربطه وكان هذا المؤلف صعبا قاسيا مولعا باغراضه سيء السريرة مع القوابل ومع معاصريه

الرابع فيارديل لم يذكر فى كتابه الا بعض موضوعات فى الممارسة وذكر فيه ان الولادة بالوجه متعسرة وانه ينبغى ان يحول الجنين بان يذهب الجراح للجبهة باطراف اصابعه مغطاة برفادة محفوظة من الخارج برباط وله آراء غيرذلك ولم يكن حكيما ولا طبيبا ولا جراحا ماهرا ولذلك شذ فى كثير وعاب على كثير من العلماء لانه كان مستندا لجهل عظيم وبذلك تجاسر على كتابه ذلك

الخامس فوزنيير عمل كتابا صغيرا للنساء القوابل وعمل آخر للرجال المولدين والجراحين وكتابه مختصر من دوديول

السادس بورطال تبع فياورديل فى كونه جمع جملة مشاهدات ولكنه ترك قواعد مهمة لم يذكرها

السابع فيليبو متيو كان جليل المقدار وله مشاجرات قوية مع موريسو ومن وظهر فى هذا القرن السابع عشر مؤلفات خلاف ما ذكر مثل دونس وسلفيوس وميركريالس وبوشير وغيرهم وفى ذلك الزمن الذى ظهر فيه هذا العدد الكثير من العلماء المولدين الذى الفوا كتبا عديدة بفن ابتدأ فى بلاد الانقليز ظهور هذا الفرع فظهرت عندهم عائلة تسمى شمبرلين جاء احدهم الى باريس ليثبت حسن اعماله غيرانه لم ينل من ذلك نجاحا ولم يأخذ اهلها بالقبول كما كان يتوهم ورجع الى بلاده بدون ان يطلع احد على سره الذى جاء له ويقرب للعقل انه جفت الولادة

الفصل السادس
(حالته فى القرن الثامن عشر المسيحى)

(ولنذكر لتلك الحالة ثلاثة ادوار فى ثلاثة مباحث)

المبحث الاول
حالته فى الدور الاول من القرن الثامن عشر

حصل لهذا العلم تقدم فى ذلك القرن وكان فى ابتدآئه مؤسسا على قواعد باريه وجيلوس التى وسعها مورسوس وبوه ولم يكن ذلك مخصوصا بفرانسا بل ظهر له ايضا فى جميع الاوربا ثمرة جليلة

الاول فرانسا ظهر فى باريس ثلاث مؤلفات لثلاثة اشخاص وهم امان وديونس ودولاموت

فاما امان فانه كان متوسط الحال بين فيارديل وبورطيال وماذكره فى كتابه فى انواع الولادة والانزفة وانسداد الفرج وانقلاب الرحم وغير ذلك من المشاهدات لم يوصل الى ارجاع تلك الاشياء لاصول كلية وهو الذى اخترع نوع الشبكة او السلوك التى استخدمها لجذب الرأس

واما ديونس فيظهر انه اخذ كتاب بوه انموذجا لكتابه وتراه فى كتابه منبسطا ضحا كا سليم السريرة ويتذهب ويمازح بكيفية جميلة مقبولة وهو الذى قال فى ذلك الكتاب ان المضغ اى القطع اللحمية المسماة باليونانية مولى والنطف الكاذبة ناتجة من علوق غير تام فلا يمكن حصولها الا للنساء المتزوجات وان سرير الطلق نافع وان خالف فى ذلك مورسوس وان الجنين يلزم غسله بنبيذ احمر وله اراء سوى ذلك ايضا

واما دولاموت فهو التابع لمورسوس او المكمل له وهو فى كتابه لطيف الصفات لا يدخل فى مشاجرات تتعلق بموضوعه وله قواعد جليلة منها ان انقلاب الجنين امر توهمى خيالى وان الولادة بالمقعدة وبالقدمين من الولادة الطبيعية وان استدارة الحبل على عنق الجنين يعوق خروج الجنين وله غير ذلك مما يطول شرحه

وظهر فى زمن هذه المؤلفات الثلاثة اشخاص مؤلفون كان لهم صيت عظيم وهم ديفورج الذى عمى ولم يقطع صناعته ولا كويس الذى كان من عادته ان ينام قرب المرأة التى فى الطلق ولا يستيقظ الا اذا تفجر القرن وبوشير الذى حبس نفسه فى محل مدة اوجاع ملكة فرانسا زوجة الملك لويز الرابع عشر واخص منهم قلميات الذى مارس ممارسة جيدة واكتسب منه تلميذه بزوس معارف جليلة ثم صار قلميات مولد البنات الملوك وعائلتهم

(الثانى البلاد المنخفضة) اشتغل فى هذا الزمن بعلم الولادة اهل بلاد الفلمنك فنهم رويش الذى ادعى انه مارس الولادة نحو خمسين سنة وما اضطر يوما لوضع اليد فى الرحم لاخراج المشيمة ومنهم دوفنتير الذى كان اولا ساعاتيا ثم اشتغل هو وزوجته بهذا العلم ولم يشتغل بالعلوم الجراحية الا فيما بعد وكان سليم الذهن حصل كثيرا من العلوم فى زمن قليل واليه ترجع المعارف الاول لمحور المضيق العلوى ولتقوس الحوض ومن قواعده ان سمك الرحم مدة الحمل لا ينقص بل هو دائما واحد بل ربما زاد ايضا وقبله لم يشرح احد انحرافات الرحم والانواع الاربعة التى ذكرها لذلك توجد فى الممارسة وينسب اليه بعض غلطات كادخال اليد فى المهبل لاجل الضغط على العصعص وطرف العجز

(الثالث بلاد الانقليز) ظهر فيها كتاب من كتابة ويلوجبى صعدوا فى تاريخه الى سنة ١٦٧٠ وكتاب صغير لايفر اورمرشدا القوابل لكولبيبر وكتاب تومسون وغير ذلك وفى سنة ١٧٢٩ اظهر سمسون مذهبه فى الرحم وظهر غير ذلك ايضا

(الرابع النيمسا) لما ظهر عند النيمساويين والسويسيين روديون ورأيف بالتصغير مكثت هاتان القبيلتان خلف الناس فى النصف الاول من القرن الثامن عشر حتى ظهر هستير الذى لم يكن فى الاول مولدا فتقدم حتى الف فى علم الولادة

والى هنا انتهى الدور الاول

المبحث الثانى

(حالته فى الدور الثانى من القرن الثامن عشر)

(الدور الثانى من هذا القرن زمن جديد لهذا العلم)

(الاول فرانسا) اشتهر فى هذا الدور بفرانسا جملة من المهرة وضعوا للامور الواقعية والمشاهدات اصولا عامة اشتهرت وتنورت بها بلاد الاوربا كلها فنهم جريجوار الذى لم يعرف الا بنقل تلامذته عنه خصوصا سميلى ولم يكتب جريجوار بيده شيأ وانما علم لنا انه فى دروسه للتلامذة شرح مع غاية الانتباه تمزقات الرحم واستعمار الحكيم وال منه اراءه فى انقلاب الرحم الى الخلف واخترع جريجوار حوضا عمله من اعواد نحو الصفصاف والحنا وغطاه بجلد وجعل التلامذة تمارس عليه الولادة (ومنهم بزوس) اخذ العلم عن قليمات وكان احد ارباب ديوان الاطباء الجراحين وهو اول من لقب بمعلم الولادة والذى صيره اشهر ممن كتب على الولادة ابحاثه فى بعض امراض النساء اللواتى فى الولادة وفى الرسوبات اللبنية والاحتقانات المرضية فى الرحم وسيما طريقته لانتهاء الولادة فى احوال النزيف مدة الطلق وكان اعظم فى الطب من الجراحة (ومنهم مينارد) عمل مختصر ابراجيد الجاريا على طبق التعقل وعلى صورة اسئلة واجوبة واخذه بودلوك بعد ذلك وجعله اصلا له ومنهم لوفريت الذى صار من اعظم المولدين واشتهر اسمه بالاوربا وصار فريد عصره وكان صحيح العقل مستقيما ووضع حسب طاقته صناعة الولادة على القوانين الميخانكية فشرح الحوض والانقباض بشرح لم يعرف قبله لاحد وابتدأ ظهور اشتهاره بابحاثه وتفتيشاته فى اندغام المشيمة قرب عنق الرحم وانحصارها فى جيب من الياف الرحم التى يحصل فيها انقباض غير منتظم بعد خروج الجنين والذى زاد فى اشتهاره اختراعه الجفت الرحمى المسمى باسمه وبواسطته قدر على ان يحول معظم الاجنة الذين كانوا سابقا لا يخرجونهم الا بالآلات المهلكة لان يأتوا بالرأس بسهولة وبدون خطر فى الغالب للام ولا للجنين ومما يدل على حبه للآلات اختراعه جاذبة الرأس وجفوت النطف الكاذبة وآلات

البوليبوس

البوليبوس (ومنهم بربوت ودبلورى اللذان كانا كأنهما بقايا لوفريت
وبزوس فكتاب بربوت فى الولادة يدل على انه كان من اعظم الممارسين
وان قواعده واضحة جيدة واما ديلورى فانه وان كان بقية لوفريت الا انه
كان صحيح العبارة جيد المعنى غير انه ليس له قواعد جيدة تحفظ عنه
وله الشرف بمعرفته ان الولادة بالوجه تحصل طبيعة بدون استعانة
من الصناعة

(الثانى بلاد الانقليز) حين كان لوفريت بفرانسا ذهب تلميذ قديم من تلامذة
جريجورى يسمى سميلى الى بلاد الانقليز وعمل بلوندرة دروسا جليلة والف
كتبا عظيمة تدل على مهارته ووضع اشكالا لطيفة للرحم واوضاع الجنين
ومجلداته الثلاثة فى غاية الكمال وكذلك جفته للولادة ونافب الجمجمة ووجد
ايضا فى ذلك الدور عندهم بوريون الذى شنع فى كتابه على سميلى وسلك فى كتابه
فى الولادة مسلكا معيبا الا ان له اشياء نافعة فان مباحثه فى الدورة الرحمية
المشيمية وفى تغذية الجنين تدل على مهارته وذكر احوالا من تمزق الرحم وغير
ذلك * وقال ان عظم الرحم ناشئ من نمو اليافه وذكر الانواع الاربعة للانحراف
وان قطع الذراع خسارة غير نافعة وكان محبا للآلات جدا ومعدودا
من الممارسين الان مشاهداته قليلة وفصاحته صيرت كتابه نافعا للعلماء الادب
اكثر من التلامذة * ووجد ايضا مولدون معاصرون لسميلى كما كان ذلك
ايضا باريس مع لوفريت منهم ماكوليه وكيلى ودوجلاس وغيرهم

(الثالث بلاد الفلمنك) ذهاب دوفنتير الى بلاد الفلمنك اظهر هنالك ثمرات
كاختراع آلات كثيرة فظهر عندهم بروين وكمبير وغيرهما

(الرابع بلاد النيمسا) انتشر هذا العلم عندهم على يد ريدرير وبلنك فنشرا آراء
لوفريت وتمماها واتقناها وزادا فى العلم بواسطة ابحاثهما وتفتيشاتهما ولكن
استيين القديم الذى صار فى الشمال مثل لوفريت بواسطة كتبه الكثيرة التى
اشهرها اذهب كتبهما من المدارس لكن بدون ان يضعف منفعتها الحقيقية
لان كتابه الترتيبى انما هو فى نفسه ضعيف الرجحان فى الميزان العلمى ثم انتشر

هذا العلم فى جميع الجهات بعد ان كان مقصورا على فرانسا

المبحث الثالث

(حالته فى الدور الثالث من القرن الثانى عشر)

(الاول فرانسا) ابتدأ كل من بتيت وسولريس فى اضاءة دور جديد وصلت النسا ثمرته الى وقتنا هذا فبتيت تبع فى التعليم تقريبا بزوس والذى يدل على وضعه فى رتبة عليا رسالته فى حركة الوضع ومشاجرته وابحاثه فى الولادة المتأخرة وفى سنة ١٧٤٥ عيسوية عمل اسبتروك دروسا فى الولادة للقوابل بالمدرسة مثل بتيت مع انه طبيب الان بتيت فعل اكثر من ذلك لانه لزم الممارسة وادخل نفسه مع معلمى الجراحة مع انه لم يتجاسر احد اذ ذاك من الاطباء على ذلك واما سولريس فتعلم من الاطباء بمدينة منبليير وتضلع من اراء سوفاج وجاء باريس وتبع دروس بتيت وتعلق خصوصا بالحكيم بايان الذى ضاعف اوضاع الجنين وانتفع منه وارتفع بتعلمه الى درجة عليا وقسم الولادة بانتظام الى اجناس وانواع واصناف فاجتمع عليه كثير من التلامذة ودخل فى مزاحمة رتبة جراح بالمدرسة وعمل رسالة بحث فى تلك المزاحمة وقبل ان يقدمها ادركه الموت وكانت تلك الرسالة من اعظم المؤلفات فانتبذ تلميذ من تلامذته يسمى دوفوت والف مختصر دروسه وقواعده فى كتاب للقوابل

وممن ظهر ايضا فى هذا الدور بودلوك ظهر صيته بعد فقد سولريس وتبع اصوله واشتهر بها وسبب اظهار فضله ونجاحه تنظيمه الهندسى للاوضاع والانتظام الحسابى للحركات العملية ومختصره للنساء القوابل وكتابه الكبير فى الولادة وبالجملة فكان ارجح اهل عصره فى هذا الفن وكان مثل مورسوس صعبا عسرا هجايا يعاند معاصريه ولو بدون حق فعسر صفاته هى السبب لقدح معاصريه فيه ولا نفعاله حتى تعجل موته

وظهرت ايضا مؤلفات اخر كثيرة منها مختصر لوباس الذى له منازعة فى الولادة المتأخرة ولم يكن فى هذا المختصر شئ جيد اصلا وكان بروزه سنة ١٧٧٩ ومدحه للابيكا كوانا والمقيئات مدة الطلق كان سببا فى منع اعطائه ادارة بيت

من بيوت الولادة ومنها رسالة كبيرة فى العملية القيصرية لسيمون وكتاب لوفبرغات فى طريقة جديدة للعملية القيصرية واما كتب لرواس فلم تتمها وكان لرواس مؤذيا حسودا واحسن كتبه هو التاريخ الطبيعى للحمل والولادة ومن جملة ما قال ان الاوجاع الرحمية دورها ست ساعات وان الولادة المتأخرة تكثر فى النساء اللاتى ولدن اولادا كثيرة بخلاف الحمل الاول فانه يقل تأخره وان عدم حركة الجنين سبب التشوه تركيبه وان اغلب المشوهين يأتون بالقدمين وله قواعد كثيرة غير ذلك وفى تاريخه طعن فى باريه وجيلموس ومورسوس وعلى الخصوص لوفريت ليرفع بذلك قدر رودبون ودوفنتير وبئيت وغيرهم

وقطولى صاحب مقياس الحوض الذى اشتهر باسمه له بحث وتفتيش فى بعض الآلات وكان يضاد بودلوك فى لزوم قطع الذراع احيانا فى المجىء بالمنكب

(الثانى بلاد الانقليز) اشتهر فيها اناس بهذا العلم واتسع على يديه فى تلك البلاد وكان اولا ضابط صحة فى سفينة وهو اول من استعمل الولادة الصناعية قبل اوان الولادة الطبيعية واشتهر بمشاهدات غير ذلك وكتابه جليل يحتوى على اشياء مهمة وانما آراؤه اقل انتظاما من آراء الفرنساويين وكتب جيدا على امراض النساء بحيث يستدل بذلك على سعة معارفه وظهرت فى بلاد الانقليز ايضا كتب اخر مثل كتاب ايكستون ووجلاس وسيابلان الذى له مشاهدات فى مقابلة ولادة الادميين بولادة الحيوانات وكتاب فى امراض النساء

(الثالث بلاد البلجيك) حصلت عندهم غيرة من لوفريت وبودلوك وظهر عندهم هيربنيوس وبقى عندنا من ثمراته الى الان ابحاثه وتفتيشاته على عيوب الحوض والبوليبوس وغير ذلك وظهرت عندهم رسائل جليلة لمؤلفين مثل كولك وشولنجان وغيرهما ومدرسة الولادة عندهم فى ياقوب تدل على ان العلم لم يزل آخذا عندهم فى التقدم

(الرابع بلاد السويس وايطاليا) روءير تبع فى بلاد السويس الحركة التى

حصلت فى باقى الاوربا وكذلك ايطاليا التى كانت فى زمن لوفريت ساكنة
هادئة ظهر فيها يانونى وويسبا وترانكابين ونيمى وغير ذلك فتشرو فى تلك
البلاد بعض اضواء حتى اشتهر عندهم اسد روبالى الذى كان اولا يباريز واتخذ
فيها شيخه لورواس ولما دخل الى رومة المداين جدد محلا عمليا للولادة مثل
ماشاهده فى فرانسا وكتابه الذى كان اولا مجلدين ثم صار اربعا بزيادة زادها فيه
اسكاتجنا فيه رايحة مدارس فرانسا الا انه لم يشابه فرانسا فى الضبط والتحقيق
والذى اجتنى من هذا الكتاب من المؤلفين بفرانسا بعض تدبيرات نافعة
وان كان الكتاب فى نفسه دريثا هى القابلة بوافين وحدها
(الخامس النيمسا) تسلطن فى هذا الدوريه لاد النيمسا ثلاثة اشخاص احدهما
الكسترف الذى بقى طبع كتابه من سنة ١٧٩٠ الى سنة ١٨٠٢ فى كيناج
وثانيهما استين وثالثهما بويرويضاف لهؤلاء الثلاث ايضا بعض اشخاص مثل
استارك وزلير واخليجير

(الفصل السابع)

(حالته فى القرن التاسع عشر الذى نحن فيه)

(الاول فرانسا) تقدم صناعة الولادة على يد بودلوك لم يزل آخذا فى التقدم
وانما ضعفه فى ابتداء هذا القرن انما كان من الغلطات والخرافات الكاذبة
التى امتلأت بها تكملة ميلوط وكتاب علم الولادة لتساقب لانهما لم يحتويا
على معان علمية ثم لما عرف ان طريقة سولويس فيها تقاسيم غير نافعة انتبذ
لذلك تلميذ بقى اسمه فى زوايا الاهمال مدة ولكن كان معروفا عند اقرانه القدماء
فى الدراسة وهو مجر يير فظهر سنة ١٨٠٢ واشتهر صيته وعلا كما كان
بودلوك فاخذ فى تنظيم هذا العلم وترتيبه ومبدأ ظهوره كان برسالته فى تخليص
المشيمة ومكث مدة طويلة معد التعليم علم الولادة حتى الف كتابا ووضع فيه
صورا مرسومة وسمى ذلك بالبيانات الايضاحية للولادة
ثم جاء بعده قابرون وتبع هذا العمل وهو اكمل عقلا واكثر استقامة ولذلك
اكتسب نجاحا فى التعليم والمزاحمات على الرتب وطبع المؤلفات اكثر من مجريير

واشتهر

واشتهر صيته بالاوربا بسبب مؤلفاته الجليلة فى الولادة وامراض النساء والطب الشرعى ورسالته فى المجيء بالذراع وفصوله الكثيرة فى الجرنالات وظهر ايضا رفيقه فى الدراسة غرديان فالف سنة ١٨٠٨ كتابه الكامل فى الولادة وامراض النساء والبنات والاطفال ولكن لطوله وعتامته كان متعبا فى القراءة وفى ذلك الوقت انهمك على التعليم والتدريس افرات ودانيو وديزرموس الكبير ودينوس غيران هؤلاء اشتغلوا بعد ذلك بالعمل فى المدينة ولم يعرف منهم ما انتجته لهم التجربة وانما ظهرت بعض رسائل لدينوس وله ايضا تفتيش على تمزق الرحم وفتق المبيض والاورام الدموية فى الفرج والاثداء الصناعية وغير ذلك مما يحوجنا الان نتأسف على فقد هذا الماهر وعدم اشهاره اشياء غير ذلك غير اننا نؤمل ان قريبه بودلوك الصغير الذى اظهر لنا سابقا مشاهداته على التشنجات والانزفة والالتهاب البريتونى يظهر لنا ايضا بقية اعمال هذا المؤلف ونقول مثل ذلك فى دبواس الذى صار بدل روسه بخدمته ببيت الولادة هو التابع لبودلوك وابو المولدين الآن فان آراءه وابحاثه العملية انما انتقلت الينا بواسطة ولده دبواس الصغير ومثل ذلك وقع من جهة افرات فان مروس الذى نال منه نجاحا عظيما فى التعليم اظهر كتابا ذكر فيه الاشياء التى جمعها شيخه المذكور وكل من هؤلاء المذكورين لم يخرج عن آراء بودلوك ومجر بيرحتى ديزرموس ايضا مع انه عالم متين والذى يدلنا على وضعه فى رتبة شريفة مع كبار المؤلفين رسالته البحثية فى الولادة بالحوض وفى الاسقاط وفصوله التى فى القواميس الطبية ومع ذلك لم يخرج عن القواعد العامة المعروفة

ثم ظهر قابلتان هما اشهر النساء القوابل وهما بوافين ولشبيل فان بحث احداهما فى تركيب الرحم وفى موضوعات اخر نظرية وعملية مما هو منسوب للولادة وتفتيشها العظيم على امراض الرحم وكذا الرسائل الاثنى عشر للاخرى وارتفاع منزلتهما وعلوهما كل ذلك كان مبدأ لزمن جديد لعلم الولادة وبقى الامر هكذا الى سنة ١٨٢٣ حتى تقيد معلمنا ومؤلفنا فلبومن لعمل

دروس عمومية للناس وصار هذا العلم على يديه فى غاية الاتقان بمشاهد اته وتأليفه قال بوانى لم ازل مادخال بودلوك وموقر المعظم المؤلفين الذين ذكرتهم ولا اتجاسر على تأليف شئ او جمعه الا مع مراعاة خاطرهم غير انه لا يمكننى ان اختار جميع ارائهم وانما لما وجدت دائرة علم الولادة اتسعت اتساعا عظيما من آخر القرن السابق الى وقتنا هذا التزمت ان اغترف من الغرباء ومن حكماء الاقاليم والخطط كما اغترفت ايضا من الاعمال التى خرجت من مدرستنا ومن المستنتجات المدنية انتهى فكان كتابه هو احسن الكتب المؤلفة الآن واصحها ومن ذلك الزمن الى وقتنا هذا لم يؤلف كتاب مناسب بباريس واما كتاب هتان فانه مختصر فى غاية القصر المخل ومع ذلك فهو غير تام يحتاج للاستعانة بكتاب آخر وصور رسمية يغلب عليها عدم الصحة واما مختصر دوجيس فيحتوى على معارف عظيمة فهو فى الواقع احسن من السابق ويناسب تلامذة مدرسة الطب الآن اشكاله الرسمية المتعبة وحجمه وحروفه العسرة تصيره عسر القراءة والمراجعة فيكون نجاحه قليلا

ويوجد فى الخطط والاقاليم لفرانسا مؤلفات مختصرة غير ان اصحابها لم يريدوا بها الاعانة اشغال النساء القوابل وظهرت فى مدارس فرانسا الخارجة عن باريس مؤلفات جيدة النفع وجرنالات وغير ذلك لا حاجة للاطالة بذكرها

(الثانى البلاد المنفصة) ظهر فيها انيسيوس الذى كان من المتعصبين لعملية قطع الارتفاق العانى فانهمك بالبحث والتجربيات لهذه العملية ورسالة وندنرتد فى معالجة الالتهاب البريتونى النفاسى من احسن ما الف فى هذا الموضوع وكذلك التأليف الجيد للحكيم وروليك فى احواض انواع البشر والجدال الذى وقع بين قابرون وجاندرات ودنسولنجان فيما قاله هذا الاخير فى الحركة الميخانكية للولادة يحقق قوة عقله وثباته على آرائه وسالومون له تنبيهات مهمة فى امتصاص المشيمة ورسالة كبيرة فى الولادة المحرضة قبل اوانها الاعتيادى

(الثالث * الاميرقة) البلاد المنضمة من الاميرقة التى كانت فيما سبق خالية

من هذا العلم ظهر فيها الآن اشتغال به فيوجد فيها معلمون مهرة فى محال كثيرة من هذه الساحة الواسعة ففى نيغرلئ ماهر يسمى فرنسيس ترجم دائمان وزاد عليه حواش وفى فيلديلفى هرنير الذى الف كتابا صغيرا فى الولادة وهو عالم مشرح ونيجوس الذى ترجم احد كتب المؤلف وعمل رسالة فى آلات جديدة لاستخراج الجنين بالرأس وفى بسطون ماهر يقال له شانين ونختم ذلك بعالم يقال له دويس هو اقدم الكل واعظمهم معرفة الف كتابا فى التشنجات وفى وسائط سهولة الولادة العسرة وفى انقلاب الرحم وغير ذلك وظهر اسمه فى الاوربا حينما اظهر مذهبه وكتابه فى الولادة سنة ١٨٢٥ وان كان هذا الكتاب غير تام وغير منتظم

(الرابع بلاد الانقليز) توارثت علوم دائمان فى تلك البلاد كما توارثت علوم بودلوك فى فرانسا قال المؤلف فنظير دبواس عندنا يوجد عندهم كلارك الذى ما كتب بيده شيأ قط مع انه بقى زمنا طويلا هو المولد المشهور ببلده ومثل مجريير عندنا يوجد عندهم داويس الذى عمل كتابا معه اشكال رسمية ويوجد فيه كما فى كتاب مجريير اعتقادات غريبة وآراء اصطلاحية له وتعقلات غير مستقيمة ومثل فابرون عندنا يوجد عندهم بورن ارتفع على معاصريه من اهل بلاده بنجاح قواعده فى الولادة ومثل ديرزموس عندنا يوجد عندهم ميرمان ومثل دوچيس عندنا ريان عندهم عمل مختصرا صغيرا يحتوى على ما هو احسن فى الولادة ومثل هتان عندنا باويل عمل مختصرا غير تام وعندهم مؤلفات كثيرة غير ذلك

(الخامس السويس وايطاليا) بلاد السويس التى اشتهرت سابقا فى هذا الموضوع على يد رأيف بالتصغير وهلدن مكثت بعد ذلك فى سكوت تام ومن بعد ان ترجم ريمير كتاب دائمان لم يظهر عندهم الا مختصر اوفان وقواعد مايور الذى ينسب له اختراع حوض السلوك وهو آلة بديعة يمكن بها ان نشوه هيئة الحوض بتشوهات كثيرة بها تقلد عيوب تجويف الحوض فتشاهد عليها جميع الخصوصيات للحركات الميخانكية فى الولادة وظهر فى ايطاليا اساليني

الذى لمرسالتى فيه موضوعات كثيرة فى علم الولادة وله الآلة المسماة بجاذبة الرأس وترجمته كتاب استين وغيره يدل على انه فهم جيدا الحركة الميخانكية لتداخل النطفة التى اوالية تنسب التجربيات الاولى المبهمة لهذا الموضوع ثم صارت الكتب الكبيرة العمومية بعد ذلك نادرة بحصا بلتها مع المؤلفات التى ظهرت فى القرن الاخير ككتاب وليه وولى وبجيسكى وترنشنيق وغيرهم

(السادس النيمسا) تمهرت تلك البلاد فى هذا العلم اكثر من ايطاليا وظهرت فيها مؤلفات جليلة منها مشاهدات جليلة فى كتاب وسشير (اولا) فى انقلاب الرحم الى الخلف الذى عالجه كما قال بواسطة آلة تسمى مقيمة الرحم وهى آلة ظن اموسات انه هو اول من تصورها وغايتها رفع الرحم وتعديله ثم حفظه فى موضعه (وثانيا) على فتق الرحم فى حالة الحمل (وثالثا) على البوليبوس الذى كان منه ما وزنه اربعة ارطال وشفاه بالرباط (ورابعا) على الصياح الرحمى وعلى اشياء كثيرة غير ذلك ومنها مؤلفات دوتش وولده وبقى مشهورا فى دانمارك فى هذا القرن ايضا اكسترف ومنها مؤلف وروس وبوس وغيرهما مما يطول شرحه والمشهور فى زمننا هذا فى هذا العلم ببلاد النيمسا هو نجيل فالمجلد الاول له الذى الفه سنة ١٨١٢ ذكر فيه التشوه وانقلاب الرحم الى الخلف وعيوب الحوض وغير ذلك وله رسائل كثيرة وابحاث جليلة لم يقف عليها غيره الآن ولكن اجل ما صير من مشاهير الرجال هو كيفية توضيحه الحركة الميخانكية للولادة وله مستكشفات جليلة يطول بنا المقام اذا ذكرناها

(السابع مصر) قد انشئت فيها مدرسة للولادة سنة ١٢٤٧ جعلت تلامذتها من النساء وقيد لهن معلمات من قوابل الاوربا مع مصاحبة الطبيب على افندى هيبة ثم انتهى الحال بان صار هو المعلم المستقل لهن الآن وكانت التلامذة يدرسن هذا العلم فى كراريس من ترجمة كتاب هتمان كتبنها بايديهن وجعل بجانب مدرستهن مارستان للنساء ليمارسن فيه الولادة وغيرها وقد جاد الزمان وآن الاوان بطبع هذا الكتاب لهن وللتلامذة مدرسة الطب فهو اول كتاب طبع فى هذا الفن لهاتين المدرستين نسأل الله ان ينفع به فيهما وفى غيرهما

(الباب الرابع)

(في جداول مختصرة محتوية على فصلين)

(الفصل الاول)

(في تقسيم الولادة عند مشاهير المؤلفين)

مورسوس

- ١ طبيعية
- ٢ مخالفة للطبيعة
  - ١ شاقه
  - ٢ عسرة
  - ٣ مخالفة للعادة
- ٣ الحركات المحضر بها
  - ١ المسطح المقدم
  - ٢ المسطح الخلفي
  - ٣ الجوانب
  - ٤ الاقدام

بودلوك ٣ رتب

- ١ الولادة الطبيعية التي لا تستدعي استعانة الصناعة
  - ١ اوضاع القمة
  - ٢ اوضاع القدمين
  - ٣ اوضاع الركبتين
  - ٤ اوضاع الاليتين
- ٢ الولادة المخالفة للعادة التي تستدعي استعمال اليد
  - ١ الاوضاع المعيبة
  - ٢ عوارض مدة الطلق
- ٣ الولادة الشاقة التي تستدعي استعمال الالات
  - ١ عيوب اعضاء النساء
  - ٢ تشوهات تكون الجنين
  - ٣ ضعف البنية

دبواس ذيرزموس بوافين لشبيل

- ١ طبيعية اي لا تستدعي استعانة شئ
- ٢ غير طبيعية تستدعي اليد او الجفت او غير ذلك
- ٣ مخالفة للعادة تستدعي فصل اجزاء من الام او الجنين

فلبوس

١ الولادة السهلة
- ١ الجمجمة
- ٢ الوجه
- ٣ الحوض

تدخل فى ذلك كل ولادة تنتهى من ذاتها

٢ رتب

٢ الولادة الشاقة
- ١ النزيف
- ٢ التشنجات
- ٣ انورسما
- ٤ الفتوق
- ٥ مع سقوط الحبل
- ٦ بسبب مرض المرأة
- ٧ ضيق الحوض
- ٨ بسبب اوضاع معيبة
- ٩ بسبب الضعف

تدخل فى ذلك كل ولادة تستدعى الاستعانة

(الفصل الثانى)

(فى اوضاع الجنين عند مشاهير المؤلفين)

الاول بودلوك

القحف
- ١ القمحدوة خلف التجويف الحقى الايسر
- ٢ القمحدوة خلف التجويف الحقى الايمن
- ٣ القمحدوة خلف ارتفاق العانة
- ٤ القمحدوة خلف الارتفاق العجزى الحرقفى الايمن
- ٥ القمحدوة خلف الارتفاق العجزى الحرقفى الايسر
- ٦ القمحدوة امام العجز

الوجه
- ١ الجبهة على الاتفاق العانى
- ٢ الجبهة على الزاوية العجزية الفقرية
- ٣ الجبهة على النتوا الحرقفى العانى الايسر
- ٤ الجبهة على النتوا الحرقفى العانى الايمن

- من تمام ما قبله
  - القدمان
    - ١ العقب خلف التجويف الحق الايسر
    - ٢ العقب خلف التجويف الحق الايمن
    - ٣ العقب خلف الارتفاق العانى
    - ٤ العقب امام العجز
  - الركبتان
    - ١ الوجه المقدم للساقين خلف الحق الايسر
    - ٢ . . . . الايمن
    - ٣ . . . خلف ارتفاق العانة
    - ٤ . . . . خلف العجز
  - الدبر
    - ١ العجز خلف التجويف الحق الايسر
    - ٢ العجز خلف التجويف الحق الايمن
    - ٣ العجز خلف ارتفاق العانة
    - ٤ العجز امام النتو البارز
  - جذع
    - مسطح خلفي
      - ١ محدودبة
      - ٢ عنق
      - ٣ صدر
      - ٤ قطن
      - ٥ عجز
    - مسطح مقدم
      - ١ وجه
      - ٢ عنق
      - ٣ قص
      - ٤ بطن
      - ٥ اعضاء التناسل
    - مسطح جانبي
      - ١ عنق
      - ٢ منكب
      - ٣ صدر
      - ٤ خاصرة
      - ٥ حرقفه

- **الثانى غرديان**
  - سقف: مثل بودلوك
  - وجه:
    - ١ الجبهة من اليسار
    - ٢ الجبهة من اليمين
    - ٣ الجبهة من الامام
    - ٤ الجبهة من الخلف
  - اقدام، ركبتان، مقعدة:
    - ١ العقبان او الساقان او العجز من اليسار
    - ٢ العقبان او الساقان او العجز من اليمين
    - ٣ العقبان والساقان او العجز من الامام
    - ٤ العقبان او الساقان او العجز من الخلف
  - جذع:
    - مسطح جانبي
    - مسطح خلفي
    - مسطح مقدم
    - ليس لذلك انقسام ثان:
      - ١ الرأس من اليسار
      - ٢ الرأس من اليمين
      - ٣ الرأس من الامام
      - ٤ الرأس من الخلف

- **الثالث مجريد**
  - سقف:
    - ١ محدوى حتى ايسر
    - ٢ محدوى حتى ايمن
    - ٣ محدوى عجزى حرقفى ايمن
    - ٤ محدوى عجزى حرقفى ايسر
  - وجه: مثل غرديان
  - اقدام:
    - ١ عقبى حتى ايسر
    - ٢ عقبى حتى ايمن
    - ٣ عقبى عجزى حرقفى ايمن
    - ٤ عقبى عجزى حرقفى ايسر
  - ركبتان، مقعدة: مثل ثلاث المجاورات

من تمام ما قبله

- جذع
  - مسطح مقدم
    - ١ البطن
    - ٢ الصدر
  - ظهر ليس له انقسام
  - مسطح جانبي
    - ١ حرقفة
    - ٢ منكب
    - ٣ اذن
  - ١ / ٢ / ٣ / ٤ مثل غرديان

الرابع قابرون

- قحف
  - ١ قمحدوى مقدم ايسر
  - ٢ قمحدوى مقدم ايمن
  - ٣ قمحدوى مؤخر ايمن
  - ٤ قمحدوى مؤخر ايسر
- قدمان ركبتان مقعدة
  - ١ عقبى اوقصبى اوعجزى مقدم ايسر
  - ٢ عقبى اوقصبى اوعجزى مقدم ايمن
  - ٣ عقبى اوقصبى اوعجزى خلفى ايمن
  - ٤ عقبى اوقصبى اوعجزى خلفى ايسر
- وجه
  - ١ الذقن من الخلف واليمين
  - ٢ الذقن من الخلف واليسار
  - ٣ الذقن من الامام واليسار
  - ٤ الذقن من الامام واليمين
- جذع
  - المسطح الخلفى
    - ١ القمحدوة
    - ٢ الظهر
  - المسطح المقدم
    - ١ الوجه
    - ٢ الصدر
  - المسطح الجانبي الايمن
    - دائرة الرأس
    - منكب
  - المسطح الجانبي الايسر
  - الرأس من الامام واليسار
  - الرأس من الامام واليمين
  - الرأس من الخلف واليمين
  - الرأس من الخلف واليسار

الخامس بوافين

- قحف . . مثل غرديان
- وجه
  - ١ ذقني حرقفي ايسر
  - ٢ ذقني حرقفي ايمن
  - ٣ ذقني عاني
  - ٤ ذقني عجزي
- قدمان ركبتان مقعدة
  - مثل بودلوك
- جذع
  - مسطح قصبي — مثل بودلوك لكن ليس له تقسيم ثان
  - مسطح خلفي
    - ١ دماغي عجزي
    - ٢ دماغي عاني
    - ٣ دماغي حرقفي ايمن
    - ٤ دماغي حرقفي ايسر
  - مسطح جانبي
    - ١ القسم الضلعي
    - ٢ القسم المنكبي
    - ٣ القسم الاذني
      - ١
      - ٢ مثل بودلوك
      - ٣
      - ٤

السادس لشيل

- قحف
  - ١ مثل بودلوك
  - ٢ مثله ايضا
  - ٣ هو ٤ لبودلوك
  - ٤ هو ٥ لبودلوك
  - ٥ القمحدوة من اليسار
  - ٦ القمحدوة من اليمين
- وجه قدمان ركبتان اليتان منكبان
  - مثل بودلوك
    - يوجد اوضاع كثيرة متوسطة بين ذلك وغير تامة ومنحرفة
    - ليس هناك وضع اخر للجذع

السابع فلامان

قحف

١ الجبهى القمحدوى اعلا التجويف الحقى الايسر
٢ الجبهى القمحدوى اعلا التجويف الحقى الايمن
٣ الجبهى القمحدوى اعلا ارتفاق العانة
٤ الجبهى القمحدوى اعلا الارتفاق الحرقفى العجزى الايمن
٥ الجبهى القمحدوى اعلا الارتفاق الحرقفى العجزى الايسر
٦ الجبهى القمحدوى اعلا الزاوية العجزية الفقرية
٧ الجبهى القمحدوى اعلا الحفرة الحرقفية اليسرى
٨ الجبهى القمحدوى اعلا الحفرة الحرقفية اليمنى

مقعدة ثمانية انواع مثل ما فى القحف

جذع ٤ مسطحات

المسطح المقدم
١ وجه
٢ عنق
٣ قص
٤ بطن

المسطح الخلفى
١ قفا
٢ ظهر
٣ قطن
٤ عجز

المسطح الجانبى
١ خد
٢ عنق
٣ منكب
٤ حرقفه

١ الرأس من اليسار
٢ الرأس من اليمين
٣ الرأس من الامام
٤ الرأس من الخلف

الثامن دوجيس
- قحف ٤ اوضاع مثل مجريبروقابرون
- حوض ٤ اوضاع
  - ١ القطن من اليسار
  - ٢ القطن من اليمين
  - ٣ القطن من الامام
  - ٤ القطن من الخلف
- وجه ٢ اوضاع
  - ١ القحف من اليسار
  - ٢ القحف من اليمين
- منكب ايمن ٢ اوضاع
  - ١ الظهر من الامام
  - ٢ الظهر من الخلف
- منكب ايسر ٢ اوضاع
  - ١ الظهر من الامام
  - ٢ الظهر من الخلف

جميع ذلك ١٤ نوعا

التاسع دبواس ديزرموس دويس
- قحف
- وجه
- قدمان
- ركبتان
- مقعدة

مثل بودلوك

- جذع مثل بودلوك الا انه يزال منه التقسيم الثانى

العاشر نجيل
- الرأس ٢ انواع
  - الجمجمة ٢ انواع
    - ١ القمحدوى الحقى الايسر
    - ٢ الجبهى الحقى الايسر
  - الوجه ٢ انواع
    - ١ الذقنى الحرقفى الايمن
    - ٢ الذقنى الحرقفى الايسر
- الحوض ٢ انواع
  - ١ العجزى الحرقفى الايسر
  - ٢ العجزى الحرقفى الايمن
- المنكب ٢ انواع
  - ١ الرأس من اليسار
  - ٢ الرأس من اليمين

الحادى عشر ولبوس

- رأس ٢ انواع
  - قحف ٢ انواع
    - القمحدوى المقدم ٣ اصناف
      - ١ القمحدوى الحقى الايسر
      - ٢ القمحدوى الحقى الايمن
      - ٣ القمحدوى الحقى العانى
    - القمحدوى الخلفى ٣ اصناف
      - ١ الجبهى الحقى الايسر
      - ٢ الجبهى الحقى الايمن
      - ٣ الجبهى الحقى العانى
  - وجه نوع واحد فقط فى المضيق السفلى
    - الذقنى العانى ٤ اصناف فى المضيق العلوى
      - ١ الذقنى الحرقفى الايمن
      - ٢ الذقنى الحرقفى الايسر
      - ٣ الذقنى العانى
      - ٤ الذقنى العجزى
- الطرف السفلى للجذع فيه نوع واحد وهو الحوض
  - ٣ اشكال
    - ١ قدمان
    - ٢ ركبتان
    - ٣ اليتان
  - ٢ انواع
    - ١ عجزى مقدم ٣ اصناف
      - ١ ايسر
      - ٢ ايمن
      - ٣ عانى
    - ٢ عجزى خلفى ٣ اصناف
      - ١ ايمن
      - ٢ ايسر
      - ٣ عجزى
- جذع ٢ جنس
  - المسطح الجانبى نوع واحد المنكب ٢ صنف
    - الرأس من اليسار
    - الرأس من اليمين
  - المسطح الخلفى نوع واحد الظهر ٢ صنف
    - الرأس من اليسار
    - الرأس من اليمين
  - المسطح المقدم نوع واحد الصدر ٢ صنف
    - الرأس من اليسار
    - الرأس من اليمين

وزيادة على ذلك الاوضاع المنحرفة للرأس وهى ١ الصدغ ٢ الجبهة ٣ القمحدوة وللمقعدة ١ الحرقفة ٢ العجز ٣ اعضاء التناسل

(فى علم الولادة النظرى والعملى)

(الكتاب الاول)
فى الجزء التشريحى

التشريح المحتاج اليه فى علم الولادة قليل غير متسع لانه قاصر على شئ محدود لكونه انما يبحث فيه عن الطرف السفلى للجذع اعنى الحوض ومتعلقاته واعضاء التناسل ومتعلقاتها فلذلك انقسم هذا الجزء الى تعليمين

(التعليم الاول)
فى الحوض

للحوض حالتان لا ينبغى اختلاطهما ببعضهما حالة كونه جيد التكون وحالة كونه معيبا

(الباب الاول)
(فى الحوض فى حالته الاعتيادية)

الفرق بين حوض الهيكل العظمى والحوض الذى لم يزل محتويا على اجزائه الرخوة عظيم جدا بحيث يحتاج لدراستهما منفصلين عن بعضهما

(القسم الاول)
(فى الحوض الجاف)

(الفصل الاول)
(فى عظام الحوض)

عظام الحوض فى البالغ اربعة العجز ثم العصعص من الخلف على الخط المتوسط ثم الحرقفتان من الامام والجانبين ولا حاجة لاطالة الكلام فى القطع المركبة لتلك الاجزاء كما فعل ذلك بعض المولدين لان من المعلوم ان القطع تتصل ببعضها قبل ان تصير المرأة حاملا فلا توجد الحرقفة مثلا مكونة فى المرأة حينئذ من ثلاثة اجزاء جزء عانى وجزء حجبى وجزء حرقفى وانما توجد قطعة واحدة

(المبحث الاول فى العجز)

العجز

العجز عظم مفرد موضوع فى الجهة الخلفية للحوض بين العظمين الحرقفيين واسفل الفقرات واعلى العصعص * شكله مثلث مفرطح من الامام الى الخلف ومقوس فى وجهه المقدم والمناسب لدراسته بانتظام ان يقسم الى سطحين ظاهر وباطن وحافتين وقاعدة وطرف * فالوجه الظاهر محدب بدون انتظام ويشاهد فى وسطه نتوات مصفوفة تسمى بالنتوات الشوكية للفقرات الكاذبة العجزية ويوجد اعلى النتو الاول فوهة مثلثة تسمى الفوهة العجزية وهى مبدأ القناة العجزية واسفل النتو الاخير يوجد ميزاب مستطيل تنتهى فيه هذه القناة ويوجد فى الطرفين السفليين لجانبى هذا الميزاب حدبتان صغيرتان فى كل طرف حدبة تتصلان احيانا بقرنى العصعص ويوجد على جانبى صف النتوات الشوكية ميزاب سطحى فيه اربعة ثقوب تسمى الثقوب العجزية الخلفية ووحشى ذلك سطح خشن تثبت فيه الاربطة العجزية الحرقفية الخلفية

والوجه الباطن مقعر فى طوله ويشاهد فى وسطه اربعة خطوط مستعرضة تعلن بمحل انضمام القطع التى كان العجز مكونا منها فى الصغر وبين هذه الخطوط يوجد ميازيب سطحية اتجاهها بالعرض وعلى جانبى هذا الوجه يوجد صفان من ثقوب تسمى الثقوب العجزية الامامية وهذه الثقوب مقطوعة بانحراف فى سمك العظم فيتكون منها فى الجهة الوحشية ميازيب للفروع المقدمة التى للاعصاب العجزية تسكن فيها فلا تنضغط برأس الجنين اذا وصل لتجويف الحوض

والحافتان الجانبيتان يوجد فى نصفهما العلوى سطح مفصلى ينضم بعظمى الحرقفة وترتبط فى باقى امتدادهما الاربطة العجزية الوركية * والقاعدة هى اعرض واسمك جزء فى عظم العجز وتتجه الى الاعلى والامام قليلا ويشاهد فى جزئها المتوسط سطح بيضاوى يتصل بجسم آخر فقرة من فقرات القطن ويوجد فى كل جانب لهذا السطح المفصلى سطح مفرطح يعنى على تكوين الحفر الحرقفية الباطنة ويوجد فى الجهة الخلفية للقاعدة نتوان مفصليان

ينبعثان مع التحدب من المعظمين لانغراز قرنات القطن * والطرف يشاهد فيه سطح بيضاوى بالعرض بارز من الخلف اكثر من الامام يتصل بقاعدة العصعص * والعجز بعد الولادة يتولد من خمس عشرة قطعة ثم كل ثلاث منها تصير قطعة واحدة فى سن الثالثة او الرابعة فيكون العظم حينئذ مؤلفا من خمس قطع ثم تلتحم ببعضها فى سن البلوغ حتى تصير عظما واحدا

(المبحث الثانى)

(فى العصعص)

هو موضوع اسفل العجز وشكله كشكل المثلث * ومنظره * الظاهر مقوس قليلا وغير منتظم * والباطن مقعر مجاور للمعا المستقيم وحافتاه ترتبط فيهما الاربطة العجزية الحجبية * وقاعدته يشاهد فيها من الامام سطح بيضاوى مستعرض يتصل بطرف العجز ومن الخلف نتوآن صغيران يسميان بالقرنين يتصلان ايضا بالعجز وطرفه حدبى ترتبط فيه العضلة الرافعة للشرج وهو مؤلف من ثلاث قطع يأخذ عرضها فى التناقص تدريجا من اعلى القطعة الاولى الى اسفل القطعة الاخيرة وترتبط هذه القطع ببعضها بحيث تبقى زمنا طويلا متحركة على بعضها ثم ينتهى الحال بالتحامها حتى تصير قطعة واحدة

(المبحث الثالث)

(فى العظم الحرقفى المسمى ايضا اللا اسم له)

هو عظم مزدوج موضوع فى الجزء المقدم الجانبى للحوض ويتكون منه ومن نظيره الذى فى الجهة الاخرى اكثر من ثلاثة ارباع الحوض * شكله مربع غير منتظم عريض من طرفيه ضيق من جزئه المتوسط ملتو على نفسه لجهتين متضادتين وينقسم الى سطحين ظاهر وباطن واربع حافات علويا وسفلى ومقدمة وخلفية

فالسطح الظاهر يوجد فيه من الاعلى الحفرة الحرقفية الظاهرة التى تمتلئ فى حالة الرطوبة بالعضلات الالية ومن الوسط الحفرة الحقية التى يثبت فيها رأس الفخذ ومن الاسفل الحفرة تحت العانة والثقب تحت العانة الذى يكون

فى حال

فى حال الرطوبة منسدا بغشاء يرتبط فى دائرته
والسطح الباطن يشاهد فيه من الاعلى والامام الحفرة الحرقفية الباطنة
ومن الخلف سطح مفصلى مماثل للسطح الموجود على جانبى العجز وابعد من ذلك
توجد خشونة ترتبط فيها الاربطة العجزية الحرقفية واسفل الحفرة الحرقفية
الباطنة تشاهد حافة بارزة مقعرة محفوفة تكون جزءا من المضيق العلوى
للحوض وجميع مايشاهد تحت هذه الحافة العظمية يكون معينا على تكوين
تجويف الحوض ويشاهد فى هذا الجزء من الخلف الى الامام سطح مربع
يجاوز الحفرة الحقية ثم الثقب تحت العانة ثم الوجه الباطن لجسم العانة
وفرعها النازل ثم السطح الباطن للحجبة وفرعها الصاعد
والحافة العليا المسماة عموما بعرف الحرقفية مائلة الى الوحشية مقوسة
على هيئة السين الابطاليانية ثخينة من الامام والخلف اكثر من جزئها
المتوسط ترتبط فيها جدران البطن والحافة السفلى تنقسم الى قسمين عمودى
ومنحرف فالاول فيه اثر مفصلى يعين على تكوين الارتفاق العانى والحافة
المقدمة مقعرة وفيها من الاعلى الى الاسفل الشوكة الحرقفية المقدمة العليا
ثم شرم صغير ثم الشوكة الحرقفية المقدمة السفلى ثم جيب عريض يمر فيه الوتر
المشترك بين العضلتين القطنيتين والحرقفية ثم المرتفع الحرقفى العانى ثم سطح
مثلث افقى ثم شوكة العانة وزاويتها * والحافة الخلفية غير منتظمة يشاهد فيها
من الاعلى الى الاسفل الشوكة الحرقفية الخلفية العليا ثم شرم صغير ثم الشوكة
الحرقفية الخلفية السفلى ثم الشرم العظيم الحجبى ثم الشوكة الحجبية ثم الشرم
الصغير الحجبى ثم الحدبة الحجبية وعظم الحرقفة فى الاطفال مؤلف من ثلاث قطع
حرقفية وحجبية وعانية ثم تأخذ فى الانضمام ببعضها حتى تصير فى سن البلوغ
قطعة واحدة

(الفصل الثانى)

(فى مفاصل الحوض)

العظام الاربعة التى يتألف منها الحوض تجتمع مع بعضها وتضم بخمسة

مفاصل تسمى غالبا بالارتفاقات واحد لعظمى العانة من الامام واثنان لعظمى الحرقفة والعجز من الخلف وواحد للعصعص مع العجز وواحد للعجز مع السلسلة

(المبحث الاول)

(فى الارتفاق العانى)

الارتفاق العانى يحصل من تقارب السطحين البيضاويين اللذين يقوم منهما الجزء العمودى من الحلقة السفلى لعظم الحرقفة وهذان السطحان يتلامسان بواسطة جوهر ليفى غضروفى يسمى الرباط بين العانتين وسمكه مختلف فى جميع نقط سعته التى تشبه الحلقة او الدائرة البيضاوية فيكون من الاعلى اعظم سمكا ومن الامام اخف ومن الخلف اخف من ذلك ايضا ثم يصير حالا هذا السمك من الاسفل عظيما جدا حيث يسمى الجسم الليفى بالرباط المثلث او الرباط تحت العانة وهذان السطحان المفصليان لا ينفصلان من المركز الا بصفيحة رقيقة من الغضروف تكون فى الصغار بل وفى كثير من النساء البالغات مندأة بكمية قليلة من سائل زلالى والوجه الخلفى للمفصل يغشيه جزء من السمحاق ويشاهد فى الوجه المقدم صفيحة ليفية من تلك الطبيعة وهاتان الطبقتان هما اللتان سموهما بالرباط المقدم والرباط الخلفى للارتفاق العانى وهذا الارتفاق على رأى قابرون غير متحرك بالكلية فى الحالة الطبيعية وخالف فى ذلك دينومونوس وادعى ان له بعض حركات وهيئة وضع المفصل تحقق وتثبت رأيه

(المبحث الثانى)

(فى الارتفاقين العجزيين الحرقفيين)

هذان الارتفاقان يحصلان من تقارب الاسطحة المفصلية التى بعضها على جانبى العجز وبعضها على الجزء العلوى الخلفى من الوجه الباطن للعظم الحرقفى فالعجز داخل بين عظمى الحرقفة بحيث يقاوم ثقل الجسم الضاغط عليه من اعلى الى اسفل والحركات العنيفة لاحشاء البطن التى تميل لان تدفعه الى الخلف واسطحته المفصلية وان كانت غير متساوية الا انها مغشاة بغضروف سميك

متحرك اى قابل لان يتحرك لجميع الجهات واما اسطحة العظام الحرقفية فليست مغشاة بشئ وان اخطأ فى ذلك بعض المؤلفين حيث جعلها مغشاة بصفيحة ارق جدا مما يغشى اسطحة العجز ثم ان تلك الاسطحة الغير المتساوية موضوعة على بعضها بحيث ان تحدباتها تتوافق مع تقاعيرها وتنطبق عليها ويوجد فى محال كثيرة منها جوهر اصفر طبيعته غير معروفة ويصير قوامه اجمد كلما تقدمت النساء فى السن

والوسائط الرئيسة للانضمام هى اولا من الامام جملة اشرطة رباطية تمر بالعرض من عظم الى آخر وثانيا من الخلف حزم عظيمة رباطية تمتد من الجزء الجانبى الخلفى للعجز الى الجزء المجاور له من العظم الحرقفى وثالثا من الاعلى الاربطة الحرقفية القطنية التى تذهب باستقامة من طرف النتوات المستعرضة التى للفقرة الاخيرة القطنية الى الجزء الخلفى من العرف الحرقفى ورابعا من الاسفل الرباطان العجزيان الحجبيان اللذان يرتبطان من قاعدتهما فى الجزء الخلفى من العرفين الحرقفيين وفى حافات العجز والعصعص واما طرفهما فالكبير منهما يرتبط فى الحدبة الحجبية والصغير فى الشوكة الحجبية وهذان الرباطان كما ينفعان فى تثبيت المفاصل العجزية الحرقفية ينفعان ايضا فى اتمام تجويف الحوض من الاسفل والارتفاقان المذكوران يتحركان حركات قليلة

(المبحث الثالث)

(فى الارتفاق العجزى العصعصى)

هذا الارتفاق يحصل من تقارب سطحين كل منهما نصف بيضاوى يشاهدان فى رأس العجز وقاعدة العصعص وهو مثبت اولا بحلقة ليفية غضروفية موضوعة بين السطحين المفصليين وثانيا برباط عجزى عصعصى مقدم مكون من شريطين جانبيين ينضمان من طرفهما الدقيق على مقدم القطعة الثانية والثالثة من العصعص فهو يتجه من الوجه المقدم للعجز نحو الوجه المقدم للعصعص وثالثا برباط عجزى عصعصى خلفى وهو شبيه باستطالة اوانفراش

من الرباط فوق الشوك الفقرية الذى يسد القناة العجزية ويمتد على الوجه الخلفى للعصعص ورابعا برباطين صغيرين آتيين من قرنى العجز ومثبتين فى قرنى العصعص والقطع العظمية التى يتكون منها العصعص تنضم ببعضها باربطة مماثلة لما ذكرنا ومفاصل العصعص تتم حركات عظيمة الى الخلف والامام لكن تفقد تلك الحركات بالتقدم فى السن

(المبحث الرابع)
(فى الارتفاق العجزى الفقرى)

اتصال العجز بالعمود الفقرى يحصل فى ثلاث محال اعنى اتصال وسط قاعدته مع جسم آخر فقرة من فقرات القطن واتصال نتويه المفصليين بالنتوين المفصليين للفقرة المذكورة والوجه الاسفل لهذه الفقرة مقطوع بانحراف عظيم بحيث يكون بارزا من الامام اكثر من الخلف والسطح البيضاوى لقاعدة العجز مهيئ بمثل ذلك فلزم من ذلك ان انضمام هذين السطحين يحصل منه بروز من الامام وذلك البروز يسمى بالزاوية العجزية الفقرية وبالنتو البارز

والاربطة التى تثبت هذا المفصل هى اولا ليف غضروفى بين الاسطحة المفصلية غليظ من الامام اكثر من الخلف وبهذه الهيئة والوضع يزيد فى بروز الزاوية العجزية الفقرية وثانيا اطراف الرباطين الفقريين المقدم والخلفى بحيث يمتدان ايضا من آخر القطن الى العجز وثالثا آخر الرباط فوق الشوك الذى يدوم على سيره حتى يصل الى العرف المتوسط الذى فى العجز ورابعا الرباط بين الشوك الذى يثبت على الحافة السفلى من النتو الشوكى للفقرة الاخيرة القطنية وخامسا الرباط الاصفر الذى يضم صفائح الفقرات مع بعضها وسادسا المحافظ الزلالية التى تحيط بالنتوات المفصلية وذكر المؤلف ان مما يخالف فيه هذا المفصل مفاصل الفقرات وجود رباط حرقفى قطنى يمتد من اخر نتو مستعرض فقرى الى الطرف الخلفى للثلث المتوسط من العرف الحرقفى لا للشوكة الخلفية لذلك العرف كما اخطأ فى ذلك بعض المؤلفين وهذا المفصل العجزى الفقرى

له حركة واضحة

(مفصل الحوض مع الفخذين)

يسمى هذا المفصل الحرقفى الفخذى وهو مفصل متحرك اى حاصل من دخول رأس فى حق فهو يقوم من مماسة رأس الفخذين للحفرتين الحقيتين ووسائط الاتصال هى رباط بين الاسطحة المفصلية يذهب من عمق تجويف الحفرة الحقية الى رأس عظم الفخذ ورباط حقى يزيد به غور تجويف الحفرة الحقية وهذا المفصل يتحرك لجميع الجهات

خاتمه

بقى من الاربطة المنسوبة للحوض الغشاء الساد ورباط فلو بيوس الذى يمتد من الشوكة الحرقفية المقدمة العلوية الى شوكة العانة فيحصل منه القوس الفخذى وقبل انتهائه ينقسم الى شريطين لتتكون من ذلك الحلقة الاربية

الفصل الثالث

(فى الحوض الجاف عموما)

الحوض تجويف عظمى ينتهى به الجذع من الاسفل ويكون فى البشر موضوعا بين السلسلة الفقرية المرتكز على جزئها السفلى من الخلف وعظمى الفخذين اللذين يستندعليهما من الامام وشكله غير منتظم ويعسر تعيينه الا انه يقرب لشكل مخروط مقطوع قاعدته متجهة الى الاعلى والامام وطرفه متجه الى الاسفل والخلف

(المبحث الاول)

(فى سطحيه)

الاول سطحه الظاهر * هو غير منتظم منفعته ارتباط العضلات التى تحيط بالمفصل الحرقفى الفخذى وفائدته قليلة فى الولادة ويصح ان يقسم الى اربعة اقسام قسم مقدم محدود من الجانبين بالتجويفين الحقيين ويوجد فى وسطه مقدم الارتفاق العانى وعلى جانبيه الحفرة السادة الظاهرة المملوءة بالعضلة

المسماة كذلك وقسم خلفي محدود ببروز العظمتين الحرقفيتين ومعظمه بل كله مكون من الوجه الخلفي للعجز والعصعص فبموجب ذلك يشاهد فيه العرف العجزي والفتحة السفلى للقناة الفقرية والجزء العجزي من الميازيب الفقرية المملوء بطرف العضلة العجزية الفقرية والمشاهد في عمقه الثقوب العشرة العجزية الخلفية التي تخرج منها الاعصاب المسماة بذلك وقسمان جانبيان محصوران بين القسمين السابقين ويوجد فيهما من الاعلى الحفرة الحرقفية الظاهرة ومن الاسفل والخلف الوجه الخلفي للرباطين العجزيين الجبسيين ومسطح التقويرين او الثقبين المسميين بذلك ومن الاسفل والامام الحفرة الحقية التي تقبل رأس الفخذ

الثاني سطحه الباطن * يصح ان ينقسم الى جزئين احدهما علوي يسمى الحوض الكبير او العلوي او البطني بمقتضى ابعاده او وضعه او ما يحتوي عليه من الاجزاء وثانيهما سفلى وهو المسمى بالحوض حقيقة وبالصغير وبالتقعير الحوضي

فالحوض الكبير جزء من البطن شكله بيضاوي مقور من الامام تقويرا عريضا حيث يجاور القسم الخثلي ومقور من الخلف ايضا ليقبل الطرف السفلي للسلسلة وهذا التجويف يقوم من الحفرتين الحرقفيتين الباطنتين اللتين تنسبان للعظم الحرقفي والجناح قاعدة العجز وهما ملوءتان بالتعريج السيني للمعا قولون من اليسار وبالمستقيم من اليمين وبعض عرى من المعا الدقيق من الجانبين

والحوض الصغير يصح اعتباره جزء قناة وهو من الوسط اعرض من طرفيه ومقوس من الامام ويحتوي على الاعضاء التناسلية والبولية الباطنة وعلى المستقيم والاوعية والاعصاب الخثلية والعجزية

والقسم المقدم للحوض الصغير مقور جدا من الاسفل بالقوس العانى ومحدب قليلا من الاعلى الى الاسفل ومقعر بالعرض ويحتوي على الوجه الخلفي لجسم العانة وعلى الفرع الجبى العانى والغشاء السادّ ويشاهد فيه اولا على الخط

المتوسط

المتوسط عرف عمودي بارز مكون من الجزء الخلفي للارتفاق العاني وثانيا من الوحشية الحفرتان الساذتان الباطنتان اللتان يعلوهما قناة منحرفة من الخلف الى الامام ومن الوحشية الى الانسية ومن هذه القناة المسماة تحت العانة او الساذة تذهب العروق والاعصاب الساذة من التقعير الى الجزء الانسى من الفخذ

والقسم الخلفي لهذا الحوض الصغير زائد التقعر وهو يقوم من الوجه المقدم للعجز والعصعص ومن اصل الاربطة العجزية الوركية

والقسمان الجانبيان مكونان من الامام من الوجه الباطن للتجويف الحقى ومن باقي الجزء الجبى من الحرقفة ومن الخلف من الوجه الباطن للرباطين العجز بين الجبيين وهذان القسمان مثقوبان بالثقبين الجبيين واحد هذين الثقبين علوى اعظم من الاخر بيضاوى يخرج منه مما فى الحوض اولا العضلة الهرمية التى تذهب حتى تتثبت فى المدور الكبير وثانيا العصبة الجبية الكبيرة التى تذهب حتى تتوزع فى الاجزاء العليا من الفخذ والوحشية الخلفية من الساق وفى جميع القدم وثالثا الشريان الاليى والعروق والاعصاب الاستحيائية الباطنة والثقب الثانى سفلى اصغر من الاول ومثلث مملوء بالعضلة الساذة الباطنة التى تذهب حتى تنضم بوتر العضلة الهرمية فى التجويف الاصبعى من المدور الكبير وبالعروق والاعصاب الاستحيائية التى تدخل فى الحوض لتذهب حتى تتوزع فى العجان

واذا قطع الحوض الصغير قطعا عموديا انقسم الى اربعة اجزاء متساوية فيحصل من ذلك اربعة اسطحة مائلة كل اثنين منهما يميل احدهما نحو الاخر برأسه فالسطحان المائلان المقدمان يحتويان على جزء من القسمين الجانبيين وجميع القسم المقدم للتقعير والسطحان المائلان الخلفيان مكونان من الوجه المقدم للعجز والعصعص ومن الرباطين والتقويرين الجبيين ومن المفصل العجزى الجبى والعادة ان تدور على سطحين من هذه الاربعة اطراف قطرى رأس الجنين مدة الولادة اذا نزل للمضيق السفلى

(المبحث الثانى)

(فى مضيقيه)

مخرج الحوض الصغير ومدخله يوجد فى كل منهما شبه دائرة تسمى فى علم الولادة بالمضيق فهنالك مضيقان علوى وسفلى فالمضيق العلوى هو شبه دائرة افقية تفصل السطح الباطن للحوض الى جزئين ويسمى ايضا المضيق البطنى والمضيق الكبير وحرف الحوض وهو مكون من الخلف من الزاوية العجزية الفقرية المسماة بالنتو البارز ومن الحافة المقدمة لجناحى العجز ومن الوحشية من البروز الذى تنتهى به من الاسفل الحفرة الحرقفية ومن الامام من الحافة العليا الخلفية لجسم العانة وهو مبروم من الخلف ورقيق كعرف من الامام وشكله يقرب من شكل بيضاوى او مثلث او دائرة او قطع ناقص اذا كان جافا فان كان رطبا اى مشتملا على اجزائه الرخوة كان شكله مثلثا قاعدته تميل الى الامام وانحناء محوره اشتغل به المولدون كثيرا منذ قرن وهذا الانحناء يتناقص فى القعود وفى الاضطجاع وفى الانحناء الى الامام ويزيد فى الحوامل وفى اللواتى يستخدمن بطونهن لحمل الاثقال كما تفعل ذلك البايعات للثمار والبقول والاسماك ونحوها فى البلاد الغربية وفى مدة الجثو على الركب وفى كل حالة يضطر فيها لحفظ الموازنة بميل الطرف العلوى من الخط المركزى للجسم الى الخلف ومع ذلك هنالك اختلافات كثيرة فى ذلك بحيث لم تصل المشاهدات الى استنتاج نتيجة واحدة فمنهم من جعل الزاوية التى تفصل مسطح المضيق العلوى عن خط افقى ماخوذ من الحافة العليا للعانتين الى الوجه المقدم للعجز خمسا وثلاثين درجة ومنهم من جعلها خمسا واربعين وخمسا وخمسين وثلاثين ونجيل بعد البحث فى ثمانمائة امرأة جعل الحد المتوسط من تسع وخمسين الى ستين درجة وسيأتى لنا فى مبحث التقعر ان هذه الاراء المختلفة انما هى ظاهرية لا حقيقية

ومحور المضيق السفلى خط وهمى ينزل من القسم السرى على الثلث السفلى للوجه المقدم من العجز وجميع درجات الانحناء التى يقبلها المضيق تنزل ايضا

على محوره لان ذلك المحور يلزم ان يرعموديا بمركزهذا المضيق فالطرف العلوى لهذا المحور يمكن ان يرتفع او ينخفض على حسب كون طرفه السفلى يبعد او يقرب لطرف العصعص وبالنظر لذلك توجد اشكال كثيرة جدا لا ينبغى اهمالها فى الممارسة سواء انتهت الولادة بنفسها اولزم فيها ادارة الجنين او التفتيش عليه باليد او اخراجه بالالات ففى انحناء سبع عشرة درجة يكون اقرب جدا للخط الفقرى وفى خمس وخمسين يكون ابعد جدا عن ان تحصل الولادة بدون اعانة لكن ذكر نجيل قصة امرأة كان فيها هذا المحور موازيا للافق واخرى كان فيها قائما اى عموديا مع ان الولادة فيهما حصلت من نفسها وسنرجع لذلك عند ذكر عيوب الحوض ولننبه ذلك بان نقول ان انحناء المحور المذكور فى البنات الصغار يكون عظيما جدا بسبب انخفاض العانة فيهن واما ما قاله كبير من انه يكون قريبا لموازاة السلسلة الفقرية فغلط

والاقطار الرئيسة لهذا المضيق ثلاثة الاول العجزى العانى او المقدم الخلفى يذهب من ابرز جزء من الزاوية العجزية الفقرية الى الوجه الخلفى من الارتفاق العانى الثانى القطر المستعرض او الحرقفى المزدوج الذى يذهب من الحافة السفلى لحفرة حرقفية الى نظيرتها من الجهة الاخرى الثالث القطر المنحرف او المتوسط الذى يذهب من ارتفاق عجزى حرقفى الى ان ينتهى خلف النتو الحرقفى العانى ولا حاجة لان نقول ان هذا القطر مزدوج لان ذلك معلوم ونزيد على ذلك قطر رابع ايضا وذلك ان الخط الذى يذهب من حفرة حقية الى الزاوية العجزية الفقرية المسماة بالنتو البارز له مجاورات ايضا اكثر اهتماما من القطر المنحرف الحقيقى مع رأس الجنين مدة الطلق فله عمل فى العلم النظرى وفى العمل فيكون المناسب زيادة هذا القطر على الثلاثة الماضية وسماه المؤلف بالقطر العجزى الحقى وهو مزدوج ايضا

وسعة القطر الاول اربعة قراريط على رأى شوسييه واغلب الفرنساويين او واربعة خطوط على رأى مكيل وسعة الثانى خمسة قراريط وسعة الثالث من اربعة قراريط واربعة خطوط الى اربعة قراريط ونصف واجتماع هذه

الثلاثة يعطى دائرة سعتها تقريبا ثلاثة عشر قيراطا ونصف الا ان هذه
الاقطار معرضة لاختلافات كثيرة فينبغي ان يعتبر ما هنا بحسب الاغلب
واما الحد الاوسط لتلك المقاييس على رأى المؤلف فللاول اربعة قراريط
وثلاثة خطوط وللثانى خمسة قراريط وللثالث اربعة قراريط ونصف وللرابع
الذي هو العجزى الحق ثلاثة قراريط وثمانية خطوط او عشرة

واما المضيق السفلى ويسمى بالصغير وبالعجانى وبطرف الحوض فهو مكون
من الرأس الدقيق للعصعص وحافتيه وحافة الاربطة الجبية والحدبة الجبية
والفرع الجبى العانى فيه وجب ذلك يوجد فيه اولا ثلاثة نتوات مثلثة العصعص
من الخلف والحدبتان الجبيتان من الجانبين وثانيا ثلاثة نقاوير واحد مقدم
عميق يسمى قوس العانة والاخران خلفيان اعمق من الاول وغير منتظمين
اذا لم يوجد الرباطان الجبيان بخلاف ما اذا كانا في موضعهما فان الشرمين
يكونان سطحيين وشكل هذا المضيق يشتبه بالضبط القلب المرسوم فى ورق
اللعب وانما يمكن ان يصير بيضاويا بواسطة انقلاب المثلث العصعصى
او ازالته

وله كالمضيق العلوى ثلاثة اقطار احدها عصعصى عانى او مقدم خلفى يذهب
من طرف العصعص الى رأس قوس العانة وثانيهما مستعرض او جبى
مزدوج يذهب من الجزء الخلفى الانسى لحدبة جبية الى نظيره من الجبية
الاخرى وثالثها منحرف يذهب من محل انضمام الفرعين الجبى والعانى الى وسط
حافة الرباطين الجبيين والقطر الذى يمكن ان يؤخذ من النقطة العصعصية
اى رأس العصعص الى حوافى القوس العانى ليس نافعا هنا الا فى حالة تيبس
المفصل المسمى انكيلوزس او عيب الحوض فلا حاجة للكلام عليه هنا
والغالب ان يكون سعة كل قطر من تلك الاقطار اربعة قراريط كما قال ذلك
سابقا الوفريت خلافا للمكيل فانه جعل للاول اربعة قراريط واربعة خطوط
وللثانى اربعة قراريط وستة خطوط وقيل غير ذلك وانما قابلية العصعص للحركة
وارتخاء الرباطين الجبيين يصيران القطر المقدم الخلفى قابلا لان تتسع زيادته

من

من اربعة خطوط الى ثمانية بل الى اثنى عشر بخلاف المستعرض فان الغالب نقصه بعض خطوط عن الاربعة قراريط فيلزم ان تكون دائرة المضيق العجانى من اثنى عشر قيراطا الى ثلاثة عشر ومسطح المضيق السفلى مائل قليلا الى الاعلى بحيث ان الخط الذى يدل عليه يقاطع خط المضيق العلوى امام ارتفاق عظمى العانة ومع ذلك قد يوجد احيانا افقيا بل اسفل عن محاذاة العصعص وانحناء هذا المسطح الذى هو على رأى ريدير وكاروس ثمانية عشر درجة انما هو ثلاث درجات ونصف اذا جرد عن العصعص

ومحور هذا المضيق يصور بخط مستقيم يذهب من باطن الحوض ويقاطع على زاوية قائمة وسط القطر العصعصى العانى والطرف العلوى لهذا الخط يرتفع غالبا الى الزاوية العجزية الفقرية بل يوجد احيانا مجاور المحور السلسلة ويمكن ان يقرب ايضا لمحور المضيق العلوى فالخط الافقى للمضيق العلوى الساقط الى الخلف بثلاثة قراريط وثمانية خطوط او عشرة اسفل الزاوية العجزية الفقرية بحيث يكون انحناؤه على مسطح هذا المضيق ستين درجة يحصل منه ان محور المضيق السفلى يلزم ان يقرب جدا للخط العمودى لانه ينحنى عنه بخمس درجات مثلا كما هو رأى استين

قال المؤلف ولاجل تحصيل معارف جيدة فى هذا المبحث ينبغى على ظنى ان ينظر بغير ذلك فاذا فرضنا مثلا ان العصعص ينخفض برأس الجنين وقت الولادة كما هو الواقع عرف بسهولة ان الطرف الخلفى للقطر العصعصى العانى يوجد اسفل من طرفه المقدم فمحور المضيق ينزل حينئذ بانحراف من الخلف الى الامام على زاوية من خمس عشرة الى عشرين درجة متجها من الوجه المقدم للقطعة الاولى او الثانية من العجز ونافذا من وسط المسافة الفاصلة الجزء المقدم للحدبتين عن بعضهما فحينئذ يقاطع هذا المحور فى مركز التقعير محور المضيق العلوى

والعجان المتوتر الذى يطيل العصعص اى الجدار الخلفى للحوض الى الامام يفيد من جهة اخرى ان الدائرة التى يخرج منها الجنين تكون تقريبا على نفس

مسطح الوجه المقدم للارتفاق العانى وان محورها يجاور مسطح المضيق العلوى

فمن الواضح حينئذ ان انحناء المضيقين يكون دائما قيراطين ونصفا تقريبا بمقدار الفرق بين طول الجدار الخلفى للحوض والجدار المقدم وانه يكون دائما متبعا كسابقيهما بشرط ان لايزيد التقوس العجزى العصعصى لان العانة لاتنخفض نحو الافق بدون ان يرتفع العصعص بقدر ذلك ومن حيث انه يمكن ان يستخرج من ذلك اشياء نافعة فى العمل كان من المهم ان يتأمل فيما ذكرناه ايضا خارج زمن الطلق بدون اهمال النتايج المأخوذة من الحوض الجاف والحوض المستور بالاجزاء الرخوة

(المبحث الثالث)

(فى تقعير الحوض)

ارتفاع الجدار المقدم لتجويف الحوض ثمانية عشر خطا اى قيراط ونصف فى محاذاة ارتفاق العانة اما وحشى ذلك فيقرب من ثلاثة قراريط وقسماه الجانبيان ثلاثة قراريط ونصف فى جزئهما المتوسط وجداره الخلفى اقله خمسة قراريط على الخط المتوسط اذا اتبع تقويس العجز واربعة فقط اذا قيس بخط مستقيم من الزاوية العجزية الى رأس العصعص

والقطر العجزى العانى يتزايد من ستة خطوط الى عشرة بنزوله فى وسط التقعير بسبب تقعير العجز بخلاف القطر المستعرض فانه يتناقص تدريجا بذهابه نحو القطر الحجبى حيث لم يكن له حينئذ الا اربعة قراريط والاقطار المنحرفة لاتتغير الا قليلا فينتج من ذلك ان جميع الاقطار فى مركز التقعير الحوضى تكون متساوية تقريبا فكل منها يبلغ من اربعة قراريط وربع الى خمسة الاربعا ومن حيث ان هذا الجزء من الحوض يفعل فيه الرأس اكثر الحركات ينبغى ان يعترف وفاقا لبعضهم ان اقطار التقعير تستدعى الانتباه كاقطار المضيقين واذا قد عرفت ان الوجه المقدم للعجز والعصعص يوجد فيه تقعير يختلف عمقه سهل عليك ان تعرف ان جملة الاشعة التى تسقط عليه سقوطا عموديا او تخرج

منه لاتكون موازية له وانما تنضم بحيث تتقاطع على زوايا تختلف فى الحدة امام العانة الاشعاعا واحدا فانه يبقى افقيا بخميع الاشعة الموضوعة اعلى هذا الشعاع تنحنى الى الاسفل ويزيد انحناؤها كلما قرب اصلها للزاوية العجزية الفقرية بخلاف الاشعة التى تكون من اسفله فانها تميل الى الاعلى ويزيد ذلك كلما قربت الى رأس العصعص ولو كان تقوس العجز منتظما من قاعدته الى رأسه لامكن ان تعين درجة الانخفاض اوالارتفاع لهذه الخطوط المختلفة التى تكون بقدرما للحوض من المسطحات لكنه لايكون كذلك فان الغالب ان العجز يقرب للاستقامة فى مسافة قيراطين اوثلاث من الاعلى وثلثه اونصفه السفلى وحده يتقوس بحيث يكون قوسا من دائرة غيران تلك القوس المستطيلة بالعصعص وبالعجان سواء كانت متوترة ام لا تذهب حتى تختلط فى الغالب مع محور الارتفاق العانى ومن حيث ان العصعص والعجان لايطاوعان الضغط بدرجة واحدة فى جميع النساء يشاهد ان انحراف المضيق السفلى قد يحصل فيه اختلافات كثيرة فى المرأة الواحدة ولذلك اختلفت ارآء المؤلفين فى ذلك ومن ذلك السبب ايضا يعرف ان المسطح الذى يوجد فى محل كل من هذه الخطوط يلزم ان يكون له محور مثل محورى المضيقين وبموجب ذلك لا يصح ان يمنع اختيار محور للتقعير ايضا وانضمام هذه المحاور يتكون منه قوس تقعيرها ملتفت الى الامام والخط المركزى للمضيق العلوى والسفلى يوجد عليه طرفا تلك القوس

فاذا اعتبرت هكذا محاور الحوض كان على الطبيب المولد ان يلاحظ دائما اتجاه مسطح الوجه المقدم للعجز والعصعص بل والعجان فانه هو الذى يهتدى عليه رأس الجنين وبمزاولته تستفاد منه فوائد جليلة فالمحور المذكور اعنى محور التقعير ليس حينئذ خطا مستقيما موضوعا فى مركزه امام نقطة تقاطع المحورين الاخرين كما ظن ذلك استين وغيره ولاجزء دائرة كما هو رأى البعض وانما يكون اولا موازيا لمحور المضيق العلوى ويبتدأ فى التقوس قليلا فى محاذاة لفقرة الثالثة الكاذبة ثم ينعوج جدا اذا قرب للعصعص بحيث يقرب للافقية

عند وصوله الى الفرج نهايته انه لما كان يحصل من التشويه بين الجنبين مقاومة
اكثر من الاجزاء الرخوة كان المسطح الحقيقى للمضيق فى الحقيقة مسطح
التقوس العانى كله الممتد من جهة منشائه الى الخلف والاسفل بحيث يكون
المحور الانتهائى العملى للحوض قريبا بعض درجات لنفس الخط الذى عليه
مسطح المضيق العلوى كما قلنا

واما قياس الزوايا فالطبيب استين باعتباره السطح المفصلى للعجز حكم بزاوية
تسع واربعين درجة بالنظر للمضيق العلوى وبخمس درجات وثلث بالنظر
للسفلى وغيره من المؤلفين استنتج خلاف ذلك بسبب اختلافهم فى محل القياس
ومنشائه فان منهم من استخدم فى تجربياته قطعا قائما للحوض وخيط رصاص
ذهب به امام الفقرات القطنية ومنهم من وضع البركار على نتو الفقرة الرابعة
القطنية لاعلى القطعة الاولى من العجز ومنهم من جعل المسطح مثبتا من رأس
القوس العانى الى العصعص وحاملا لخيط رصاصة فى وسطه ومنهم من قاس
من الظاهر على المرأة الحية ومنهم من قاس من الباطن على الحوض الجاف
فهذا كله سبب للاختلاف الذى هو فى الحقيقة ظاهرى لاحقيقى على انه كيف
تميز حدبات العجز عن بعضها خلف الاجزاء الرخوة المغطية لها تمييزا صحيحا
وبالجملة فالنافع معرفته هو ان المسطحين العلوى والسفلى يجتمعان ويحصل
بينهما زاوية ميل قدرها ستون درجة تقريبا فى غير زمن الطلق واما وقت
خروج الجنين فيزيد الميل حتى تكون بينهما زاوية قائمة

(المبحث الرابع)
(فى قاعدة الحوض)

الدائرة الكبيرة او قاعدة الحوض ملتفتة الى الاعلى والامام ومسطحها مواز
لمسطح المضيق البطنى وهى مكونة اولا من الخلف من تقوير يشاهد فى عمقه
قاعدة العجز ويكون فى العادة مملوأ بالفقرات الاخيرة وبالاربطة الحرقفية
القطنية والعضلات المربعة القطنية * وثانيا من الوحشية من الحافة العليا
للعظم الحرقفى التى ترتبط فيها العضلات الثلاثة العريضة البطنية اعنى

المنحرفة الكبيرة بشفتها الخارجة والمستعرضة بشفتها الباطنة والمنحرفة الصغيرة بالمسافة بين الشفتين (وثالثا) من الامام من التقوير الكبير الحثلى الذى يوجد فيه من الاعلى الى الاسفل ومن الوحشية الى الانسية الشوكة الحرقفية المقدمة العلوية التى يثبت فيها رباط بوبار والعضلة الخياطية وجزء من العضلة الحرقفية والعضلة الشادة للوتر العريض ثم انخفاض صغير هلالى يمر عليه بعض الخيوط العصبية التى تذهب للرجل ثم الشوكة الحرقفية المقدمة السفلى التى يرتبط فيها احد اصلى العضلة المستقيمة الفخذية ثم انخفاض ثان تمر عليه العضلة الحرقفية والقطنية المنضمتان مع بعضهما ثم الخط الحرقفى العانى الذى تارة يعسر تمييزه وتارة يكون واضحا وترتبط فيه العضلة القطنية الصغيرة ثم انخفاض ثالث اوتقوير مثلث مائل الى الامام علوه باصلى العضلة العانية ويجاور العروق والاعصاب الفخذية ثم العرف العانى او الحافة الخلفية العليا للعانة وهو مائل من الوحشية الى الانسية ومكون لجزء من المضيق العلوى وينتهى بالشوكة العانية حيث ترتبط القائمة الوحشية للحلقة الاربية والعضلة المستقيمة البطنية ثم الحافة العليا للارتفاق المتوسط

(المبحث الخامس)

(فى الاقطار الغريبة عن المجاور والمضيقين)

المسافة المحصورة بين الشوكتين الحرقفيتين المقدمتين السفليتين ثمانية قراريط والمسافة بين العلويتين تسعة وبين الجزء المتوسط من العرفين الحرقفيين عشرة وسعة العرف الحرقفى على مسير استدارته من الشوكة الخلفية العلوية الى الحدبة المقدمة العليا ثمانية قراريط فاذا اهمل اعوجاجه كان ستة فقط وقاعدة العجز اربعة قراريط فى العرض وقيراطان ونصف من الامام الى الخلف ويوجد من وسط عرف حرقفى الى الحدبة الوركية المسماة بالحجبة سبعة قراريط وحافة التقعير تقسم هذا القطر الى جزئين يقربان للتساوى وارتفاق العانة الذى علوه ثمانية عشر يكون سمكه نصف قيراط والتقوس العانى عرض قاعدته من ثلاثة قراريط ونصف الى اربعة قراريط حيث يختلط مع الخط

الحجبي المزدوج ووراء منفه من اثني عشر خطا الى خمسة عشر فقط وارتفاعه قيراطان ونصف لا غير ونصف الدائرة العظمية التي يقوم منها مقذوفة الى الامام والخارج

(المبحث السادس)

(في اختلافات الحوض بالنسبة للسن والنوع والافراد)

الحوض عند الولادة يكون ضيقا جدا ومستطيلا وتقوس العرفين الحرقفيين قليل والجزء الحرقفي من عظم الحرقفة يقرب اتجاهه من الخط القائم والتجويف الحوضي محزوط الى الشكل والعجز يكون مرتفعا بحيث ان الخط الافقي يمر تحت رأس العصعص مع كونه ايضا يرتكز على الحافة العليا للعانة والاقطار المستعرضة للحوض تكون اقصر جدا من اقطاره المقدمة الخلفية (ومن الغلط ان يظن كما ظن كبير ان محور المضيق العلوي يكون في الصغار قريبا لموازاة العمود الفقري) وعظام الحوض تكون اطرافها محاطة بطبقات سميكة غضروفية وكلها قابلة للضغط حتى ان ابعاد الطرف الحوضي للجنين يمكن ان تتوافق بسهولة مع ابعاد حوض الام عند الولادة وبعد سنتين او ثلاث تظهر بعض نقط جديدة عظمية تبقى غير ملتحمة بالكلية مع الباقي من العظم الحرقفي في سن خمس عشرة سنة او عشرين وقد شوهد ايضا ان الشوكة العانية اكتسبت طول ستة خطوط بل ثمانية وبقيت حافظة لتحركها كقطعة غير متعلقة بغيرها

فانضمام النقط العظمية للحوض لا يحصل الا اذا بلغ الشخص من خمس عشرة سنة الى ثمان عشرة وحينئذ لا ينبغي تزويج الانثى قبل هذا السن خوفا عليها من الحمل ونقول ان ذلك يختلف باختلاف الاقاليم

واما الحوض في الرجال فيحفظ الصفات التي كانت له في الطفولية باعتبار الشكل فجميع اجزائه تكون اقل عرضا ولكنها اكثر علوا مما في النساء والقطر العصعصي العاني ثلاثة قراريط وربع والحجبي المزدوج ثلاثة قراريط والحرقفي المزدوج اربعة قراريط ونصف وبين الشوكتين الحرقفيتين المقدمتين

العلويتين

العلويتين من سبعة قراريط الى ثمانية وبين وسط العرفين الحرقفيين من ثمانية الى تسعة وقوس العانتين مستقيم غير متسع الى الامام ويقرب للشكل المثلث وارتفاق العانة طويل اقله قيراطان والثقب تحت العانة يقرب ايضا لشكل المثلث والعجز اقل تقوسا على رأى معظم المؤلفين وهو وان كان يأخذ فى الانثناء من الاسفل تدريجا الا انه مقعر قرب قاعدته وبالجملة فالتقعير الحوضى فى الرجال اقل عمقا والمضيق العلوى اكثر انحناء واستدارة وقربا لشكل بيضاوى اودائرة والحفرتان الحرقفيتان اكثر تقعرا والمدوران الكبيران اكثر قربا لبعضهما والعظام اعظم سمكا فى الغالب واكثر خشونة من الظاهر وجميع ما فى حوض الرجال يدل على القوة والصلابة ويكون بحالة بحيث يصير المشى سهلا

واما الحوض فى النساء فبالعكس فالمفاصل تكون اقل وارق والعرفان الحرقفيان مقذوفان الى الخارج اكثر من قاعدة الصدر وذلك يعطى القسم الحرقفى زيادة فى العرض والمدوران الكبيران متباعدان عن بعضهما فتزيد بذلك السعة المستعرضة لقاعدة ثبات الجسم ويصير السير والجرى اعسر ويعطى للمرأة مشية مخصوصة وبالجملة فالانثى سلب الله منها سهولة الحركة والقوة ليكون فى ذلك منفعة فى الحمل والولادة والغصغص فى حوض الرجل يلتحم سريعا براس العجز والارتفاقات الثلاثة تتيبس غالبا فى سن الشيخوخة واما فى حوض المرأة فالمفصل العجزى العصعصى يبقى غالبا متحركا الى زمن الهرم والمفاصل العجزية الحرقفية والعانية لاتلتحم الانادرا بل وفى زمن زائد التقدم

والنساء الطوال يكون الحوض فيهن اقل عرضا واكثر شبها بحوض الرجل من النساء القصار وذلك اوجب العامة لان تقول ان الولادة فى النساء الاول اصعب مما فى الاخريات

والحوض فى الحيوانات يختلف جدا عن حوض البشر ولو انتبه روسيل وغيره من المؤلفين لهذا الاختلاف فى التكون لم يقولوا ان الولادة لاتستدعى استعانة

اصلا لان البهائم تلد بدون حاجة لمساعد بل ومن غير وجع مع ان الفرق عظيم وذلك لان الحوض فى اغلب ذوات الاربع يقل جدا تقوسه فليس له الا محور واحد والعجز يقرب لموازاة السلسلة والمضيقان لا ينحنيان الا قليلا وجدران القناة الحوضية متحدة فى الطول تقريبا وعظام الحرقفة ضيقة مستقيمة مستطيلة بحيث يكاد ان لا توجد الحفر الحرقفية فمن ذلك كله تعلم ان الولادة فى تلك الحيوانات غير معرضة للتعسرات التى توجد فى البشر

ولا ينبغى ان يظن ان شكل الاعضاء فى جملة الكائنات يتغير فجاءة بدون درجات متوسطة فان حوض النسناس يبعده عن حوض الحيوانات التى هى اسفل منه يقرب قليلا لحوض النوع البشرى وكلما صعدنا فى الدرجات على سلم الحيوانات نشاهد انها تأخذ فى الكمال تدريجا ويمكن لنا تأكيد ذلك بتتبع الاشكال فى نوع القرد القريب الشبه من الانسان وفى السودان الوحشيين من بلاد افريقية حيث يظهر من بنية تركيبها انها متوسطة بين النسناس والانسان فيرى فى ذلك اختلاف كثير وبالاختصار يشاهد ان الولادة عموما تكون اعسر كلما كان النوع اكثر كمالا

(القسم الثانى)

(فى الحوض مع متعلقاته اى اجزائه الرخوة)

الاجزاء الرخوة التى تغطى الحوض طبيعة من الباطن يوجد فى شكلها وابعادها تغيرات يلزم معرفتها للطبيب المولد وسنذكرها لك مبينة مفصلة فالعضلات القطنية والحرقفية التى تستر التقاعير الجانبية للحوض الكبير يتكون منها هنا لشبه مخدة تلطف الارتجاج والمصادمة اللذان قد يحصلان فى الرحم الممتلى بالحمل مدة الوقوف او المشى او الحركات العنيفة وتحفظ ايضا الاعصاب الفخذية بحيث يعسر انضغاطها حتى فى وقت الطلق والعضلة القطنية باستطالتها على جانب السلسلة تخدم ايضا نقطة ارتكاز للرحم لكن بدون ان تمنع الاورطى والاجوف عن مكابدة الضغط الذى يعوق الدورة فى الاطراف وفى الحوض والجدران الخلفية لها اعتبار ايضا فان قوة العضلات

المستقيمة وانتظام اوتارها العريضة تعين على تصيير انحراف الرحم اسهل على الجوانب منه فى الوسط وسنعود لذلك عند ما نتكلم على الحمل

(الفصل الاول)

(فى مضيقى الحوض الرخو)

المضيق السفلى فيه مسدود بارضية الحوض وهى شبه حاجز ينقص ارتفاع التقعير بعض خطوط وكانه مضاد فى فعله للحجاب الحاجز بل للعضلات البطنية مدة الحركات العنيفة لاخذ النفس والتبرز والتبول والولادة وهذه الارضية مكونة من سطحين لمبين احدهما علوى مقعر من الاعلا ومكون من العضلات الرافعة للشرج والجبية العصعصية وثانيهما سفلى مقعر من الاسفل ومكون من العضلات العاصرة للشرج والمستعرضة العجانية والجبية المجوفة والعاصرة لفوهة المهبل وتوجد ايضا هناك عروق واعصاب باسورية سفلية واستحيائية باطنة وشحم ومنسوج خلوى تختلف كثرته

وهذه الارضية مثقوبة على الخط المتوسط بمجرى البول والمهبل ونهاية المستقيم ومن اجزائها ايضا وترعريض اى صفاق يظهر كانه متولد من الرباط الكبير الحجبى ومن الشفة الباطنة للتقوس العانى وقوته وان كانت تختلف جدا او اقل من قوة صفاق العجان فى الرجل الا انها تكون اعظم كلما كان البحث فيه اقرب لمنشئه والصفاق الحوضى يغطى فى الحوض القسم العلوى ويظهر تبعا لكمبير وديرزموس ان هيئة هذه الصفايح الليفية لها تأثير فى سرعة الولادة وبطئها فى اول ولادة للمرأة خصوصا

واما المضيق العلوى فيه فهو اكثر ارتفاعا منه فى الهيكل بجميع سمك العضلتين القطنيتين اللتين تتكون منهما مع العروق الحرقفية شبه عمودين ممتدين من جانبى الزاوية العجزية الفقرية الى الخط الحرقفى العانى بحيث يضيقان القطر الحرقفى المزدوج ويزيدان ايضا فى انحراف المضيق وهذا المضيق بدل ان يكون على شكل قطع ناقص او بيضاوى طرفه الغليظ مائل الى الخلف يكون قريبا لشكل دائرة او مثلث قاعدته من الامام والتقويران العجزيان

الحرقفيان يكاد ان لا يوجدا والزاوية الجزئية الفقرية يكون ظهورها اقل مما يظن عموما على حسب ما يعرف من ظهورها في الحوض الجاف ومع ذلك لا بأس بان ننبه على ان ضيق القطر المستعرض بالعضلتين القطنيتين لا يكون بدرجة واحدة في جميع النساء ففي الاحواض الكلوية الشكل يمكن ان يصل الضيق الى قيراط من كل جانب واما في الاحواض المستديرة فلا يكون الا نصف قيراط بل اقل من ذلك احيانا ولا ينبغي ان ينسى ان الضيق الذي قد يؤثر على الاتجاه الذي يأخذه الرأس اولا ليس ثابتا اصلا حتى يقوم منه مانع حقيقي للولادة وانه يستعان على زواله بان تثنى الفخذان وقت الطلق

وعلى حسب ما ثبت من البحث والتفتيش من المؤلف ان مدخل الحوض يكون اعرض فيما بين النتوين الحرقفيين العانيين ففي هذا المحل يكون قطره المستعرض اربعة قراريط وبعض خطوط واما القطر الحرقفي المزدوج الحقيقي فلا يكون الا من ثلاثة قراريط ونصف الى اربعة قراريط والقطر المستعرض تحت الزاوية الجزئية الفقرية والعضلتين القطنيتين يكون خمسة قراريط لكن تقعير العجز يصير القطر المقدم الخلفي قريبا من ذلك

(الفصل الثاني)

(في تقعير الحوض الرخو)

عمق التقعير شكله معين وزاويتان منه تحاذيان الشوكتين الجبيتين والزاويتان الاخريان تحاذيان الخط المتوسط للعجز ومؤخر ارتفاق العانة وهذه الزوايا الاربع تدل على انضمام الاسطحة المائلة الاربعة التي تكون على هيئة اربع مثلثات تميل لان تتقارب برؤسها

والضفيرة والعروق العجزية والعضلة الهرمية توجد في المثلثات الخلفية واما المسطحات المقدمة فتحتوي على العضلات السادة الباطنة وجزء من الرافعة للشرج بخلاف الصفاق الحوضي فانه موضوع بالضبط على جميع هذه الاشياء ويغطي جميع ذلك طبقة غزيرة من منسوج خلوي متخلل تزحف فيه العروق الحرقفية الباطنة والضفيرة والشرايين الخثلية وقد يتراكم الشحم

احيانا فى هذه الطبقة فتصير سميكة بحيث تضيق التقعير وتصير الولادة عسرة جدا او البريتون يكون فاصلا لهذه الطبقة عن الاحشاء فنرى بمساعدة هذه التنبيهات اولا ان مدخل الحوض يكون من الامام اعرض من الخلف وان الجنين المتشكل بشكل بيضاوى بدخوله فيه يجىء فى الغالب من الامام والجانب وثانيا ان التقعير اسفل العضلات القطنية يكون على هيئة شكل بيضاوى كما فى الحوض الجاف بحيث يصح ان ينسب له جداران مقدمان جانبيان مكونان من جسم العانتين ومن الجزء العلوى للحجبة ثم جدار خلفى مكون من مقدم العجز ومن المتصلين العجزيين الحرقفيين فيتبع ذلك ان القمحدوة فى هذا الجزء من سيرها تميل لان تنحنى الى الخلف لا الى الامام وثالثا ان التقعير فى محاذات التقاوير الحجبية والحفر تحت العانة يكون شكله كمربع معين يعين على ادارة الرأس وتحويله نحو التقوس العانى ورابعا ان الحوض الصغير بدل ان يكون عمقه على الجانبين ثلاثة قراريط ونصفا يكون اربعة بل اربعة ونصفا

(منفعة الحوض)

القطع العظمية المختلفة التى تدخل فى تركيب الحوض ليست قابلة لان تتحرك على بعضها الا يسيرا جدا قال دوفرنيه ان نوع الانزلاق الذى يحصل بين الجزء العجزى والحرقفتين وكذا بين عظمى العانة عند السقوط على القدمين مثلا لا يصح بوجه من الوجوه ان يشبه بالحركات المفصلية مهما كان نوعها ونازع فى ذلك ايشكان وما حكاه بوه من المبالغة فى التحرك وكذا دوفنتير من كونه شاهد ارتفاع العظام الحرقفية قيراطين بانزلاقهما على العجز فى حالة مرضية لا تبطل ما ذكرنا

فالحوض هو قاعدة الجذع ويتكون منه حلقة تامة نصفها الخلفى يقبل جميع ثقل الجسم كما قال ذلك ديرزموس واما مقدمها فيخدم لها كقنطرة حافظة لها وثقل الجذع والاطراف الصدرية المتحول بواسطة العمود الفقرى الى العجز يتوزع اولا على عظام الحرقفة ثم على عظمى العانة اللذين يضغط احدهما على

الاخر بقوة تختلف ضعفا وشدة ولذا شبه الحوض بقوسين اوقنطرتين
احدهما يقبل ثقل الجسم بواسطة قاعدة العجز والاخر ينقله الى الاطراف
بواسطة التجويفين الحقيين ثم يتصل بالاجزاء الجانبية للدائرة الاطراف
الحوضية اى الرجلان اللتان فى بعض الاحوال تحملان ايضا هذا الثقل سوآء
كانتا مجتمعتين اومنفصلتين وهذه المنفعة للحوض كما هى مهمة للفسيولوجيين
مهمة ايضا عند المولدين لانها تفيد سبب الاشكال المعيبة الغريبة التى يصاب
بها احيانا تجويف الحوض اذا حصل التعظم ببطئ زائد اوتقهقر ومن منافع
الحوض ايضا احتواؤه وحفظه للمثانة والمستقيم والرحم والبوقين والمبيضين
وفى مدة الحمل يحفظ الرحم ايضا ويمسكه فى اتجاه مناسب

(الباب الثانى)
(فى الحوض المعيب)

يكون الحوض معيبا متى خرج عن ابعاده الطبيعية اوعن شكله الاعتيادى
بحيث يصير الولادة خطرة اوعسرة اوغير ممكنة واتجاه محاور الحوض
ومسطحاته وابعاد اقطاره ونفس شكله يبعد ان تكون فى جميع الاحواض
بالضبط حسبما ذكرناه سابقا غير ان نقص اوزيادة بعض خطوط اوبعض
انحراف قليل اوتشوه خفيف لايمنع كون الولادة تحصل بدون خطر وعيوب
الحوض يمكن ان ترجع الى افراط الاتساع وضيقه ورداءة اتجاه محاوره

(القسم الاول)
(فى افراط الاتساع)

يظهر ببادى الرأى ان افراط اتساع الحوض نفعه للحمل والولادة اكثر
من ضرره ولكن يستفاد من المشاهدة والتعقل ان الامر قد لايكون كذلك
فالرحم فى مدة الحمل حيث تكون اقل استمساكا يسهل انقلابها الى الخلف
والى الامام مادامت اقطارها لم تجاوز اقطار المضيق البطنى ثم بعد الشهر
الرابع تميل لجميع الجهات
والحوض اذا كان كبيرا يعين على سقوط الرحم وعلى سرعة انتهاء الطلق

اى نموده وبموجب ذلك يعرض لجميع العوارض التى قد تتبع الولادة السريعة
فى بعض الاحيان كانيرسيا الرحم وانقلابه والنزيف وقد يتفق حينئذ ان الرأس
الذى لم يزل محاطا بالرحم المجذوبة معه يدخل فى التقعير فى ابتدآء الشهر
التاسع بحيث يدفع الرحم امامه لخارج الفرج وقت الطلق كما شاهد ذلك
لوفريت مرات كثيرة قال المؤلف ومع ذلك فاقول وفاقا للقابلة لشبيل
ان ذكرهم هذه الاخطار كاها مبالغة وانه يسهل عموما التحرز منها وان سقوط
الجنين وفصل المشيمة قبل اوان انفصالها وتمزق الحبل السرى لا تحصل من
ذلك الا نادرا على ان اتساع الحوض كثير الوجود فيمكن ان يوجد فى المضيقين
وفى جميع اقطارهما فى آن واحد وامثلة ذلك عند المؤلفين كثيرة فقد شاهد
بعضهم القطر العجزى العانى خمسة قراريط ونصفا والحرقفى المزدوج ستة
ونصفا وكل من قطرى المضيق السفلى خمسة ونصفا والبعد بين العرفين
الحرقفيين اثنى عشر قيراطا ونصفا والغالب ان الذى يكون محلسا للاتساع
هو المضيق السفلى بحيث يمكن اتمام الولادة بالوجه او بالرأس مع كون
القمحدوة من الخلف بدون احتياج الى الاستعانة بشئ

(القسم الثانى)

(فى العيوب التى تحصل من فقد الاتساع)

(الفصل الاول)

(فى الضيق المطلق)

زعم بعضهم ان تجويف الحوض لا يضيق من جهة الا ويتسع بقدر ذلك الضيق
من جهة اخرى فبموجب ذلك لا يختلف محيط مضيقيه اصلا مع انه ثبت
بالمشاهدة انه كثيرا ما يبقى الحوض بعد البلوغ حافظا لاغلب صفاته التى
كانت له فى الطفولية وانه يقرب من حوض الرجل وبموجب ذلك بقيت صفته
المطلقة اقل مما يلزم له فى الحالة الاعتيادية على انهم حيث جزموا بالافراط
فى الاتساع فلاى شئ شكوا فى انه قد يضيق جدا فى جميع اتجاهاته كلها
وبالاختصار هذا الضيق العام المنتظم يندر ان يصل الى حد بحيث يلزم له

عمليات ثقيلة ومع ذلك فقد اتفق ان امرأة ماتت في وقت الولادة بعد عمليات ولم تلد فنظر في اقطارها فوجد ان القطر العجزي العاني قيراطان وثلاثة ارباع قيراط والمستعرض اربعة ونصف والمنحرفان اربعة في المضيق العلوي والعجزي العاني قيراطان ونصف وبين الجبينين قيراطان وثلاثة ارباع قيراط والمنحرفان ثلاثة قراريط في المضيق السفلي ويقال ان المضيق المطلق يكون كثيرا في النساء الطويلات القوام والغالب موافقته مع التشوه المفرط في الخلقة فقد ذكر مورلان انه وجد في مريضة مصابة بلين العظام ان القطر العجزي العاني سبعة عشر خطا وان المسافة من العجز الى التجويف الحقي الايمن اربعة خطوط والى الحقي الايسر سبعة خطوط والقطر العصعصي العاني قيراطان وخمسة خطوط

(الفصل الثاني)

(في الضيق النسبي)

وبعد ان عرفت ما سبق ينبغي ان تعرف ايضا ان الضيق النسبي اي الجزئي من الحوض قد يحصل منه ايضا خطر حقيقي والاكثر مشاهدته في العلوي ويقل في السفلي وفي التقعير ويمكن ان يكون في القطر المقدم الخلفي او المستعرض والمنحرف منفردا كل منها او مع غيره

(المبحث الاول)

(في ضيق المضيق الباطني)

الضيق في المضيق العلوي يحصل غالبا في القطرين المنحرفين اكثر من غيرهما وحصوله في واحد منهما اكثر من حصوله فيهما معا واما ضيق القطر المستعرض فهو نادر جدا وربما لم يشاهد وجوده ابدا وهذه العيوب المختلفة تعطي في مدخل الحوض اشكالا مختلفة يسهل ادراكها فضيق القطر المقدم الخلفي قد ينشأ من زيادة بروز الزاوية العجزية الفقرية فيكون شكل المضيق حينئذ قلبيا او كلويا فاذا كان الارتفاق العاني مع ذلك مائلا الى الخلف كان شكل الحوض كمثلثية بالمعنى القديم موضوعة بالعرض فاذا كان هذا العيب

في القطرين

في القطرين المنحرفين جاز اذا لم يغير الارتفاق محله ان جسم العانة بسبب قربه للنتو البارز يعطي للمضيق شكلا مثلثا او شبيها بالمنحرف او شكل ورقة من النبات المسمى بالمثلث المائي على حسب الزوايا المكونة من طرفي القطر الحرقفي المزدوج المختلفة حدة واستدارة وهذه الاحواض المسماة بمثلثة الفصوص او الوريقات يوجد فيها ايضا خصوصية وهي انها تارة تكون قطعها الثلاثة متساوية وتارة يكون الجزء المقدم او الايمن او الايسر اصغر من الآخرين

وقد يتفق ايضا ان التحويفين الحقيين يميل احدهما نحو الآخر كلما قربا للعجز ففي هذه الحالة يتكون من العانتين المنثنيتين على زاوية قائمة في محاذاة النتو الحرقفي العاني بروز قدره من قيراط ونصف الى قيراطين من الامام ويوجدان موازيين للقطر المقدم الخلفي فلا يكون بينهما الا مسافة بعض خطوط ومن اغرب ما شوهد من تلك العيوب ان العانتين ذهبتا باستقامة الى الخلف حتى انضمتا بالجزء الالي من عظم الحرقفة اعني في مسافة قيراط كبير ونصف وقرب التحويف الحقي لا يوجد بينهما الا خلو ثلاثة خطوط وكذا خلف الارتفاق اجميع هذا الجزء خارج بالكلية عن دائرة المضيق والقطر المقدم الخلفي انما كان في الحقيقة قيراطين ونصفا لا خمسة كما يوجد غالبا في قياسه من الظاهر مدة الحياة

فاذا لم يكن المعيب الا قطرا منحرفا واحدا نتج من ذلك في العادة هيئة مهمة الذكر فانه اذا كان الضيق من اليمين مثلا جاز ان يوجد في الجهة اليسرى افراط اتساع ففي هذه الحالة اذا جاء الرأس وكانت القمحدوة من اليمين استدعت الولادة استعانة الصناعة واما اذا كانت من اليسار فان الطبيعة يمكن قد تكفينا مؤنة ذلك وهذا التنبيه يدل على انه لاجل تسهيل الولادة في امرأة مصابة بهذا العيب يكفي ان تعمل عملية التحويل ويوصل الجنين الى الوضع الاول او الثاني من اوضاع القدمين بحيث تكون القمحدوة مجاورة لاوسع جهة في المضيق ويتضح منه ايضا كيف يتفق ان امرأة تضع في اول ولادة بنفسها

ولا يمكن ان تضع فى الثانية بدون القطع العانى او القطع القيصرى وبالعكس قال المؤلف وقد اتفق انى دعيت لامرأة سنة ١٨٢٥ مكثت فى الطلق يومين ولم ينزل الرأس ففتشت على الرجلين وتممت الولادة ثم فى السنة الثانية آن اوان وضع ثان لهذه المرأة فذهبت الى مارستان المدرسة ومكثت فى الطلق اربعة ايام وسالت المياه منها ونزل الرأس بقوة وكانت الرحم لا فقة بالضبط على الجنين فلم تتيسر عملية التحويل وكان معى ديرزموس وديتوس فاستعملنا جفت الولادة فلم يمكن نزول الرأس به وصار كسره متعينا ثم حملت المرأة من جديد فى السنة الثانية اى السابعة والعشرين فبادرت بالنداء لى فى ابتداء الطلق فاخذت افتش على القدمين واتممت الولادة بسرعة ونجاح فعاقبة هذه المرأة الثلاث نشأت من انه فى حالة منها كان الغليظ من الرأس فى الجهة اليمنى حيث الحوض هناك ضيق جدا فلم يمكن نفوذه من المضيق واما فى غيرها فات التحويل وجه القمحدوة الى اليسار حيث الاقطار على حالتها الطبيعية فتيسر مرور الرأس حينئذ

ومن النادر ان يعوق الضيق المستعرض خروج الولد ما لم يكن العجز ايضا ضيقا لان الغالب انه يبقى بين الحفرتين الحرقفيتين اكثر من اربعة قراريط وهذا النوع من العيب يحصل منه فقط عظم القطر العجزى العانى فيعطى المضيق شكلا بيضاويا او شكل قلب مستطيل وقد لا يكون الضيق الا فى احد نصفى الحوض ففى هذه الحالة يحتوى التشوه فى آن واحد على الحوض الصغير والكبير * وهذه العيوب قد تكون متحدة بكيفيات مختلفة وقد تكون منعزلة وبدرجات مختلفة فقد ذكر ان امرأة كانت منذ مدة مصابة بتلين العظام فكان قطرها المقدم الخلفى ثلاثة خطوط تقريبا وبين الحفرتين الحرقفيتين نصف قيراط وذكر نجيل انه شاهد امرأة كانت ولدت ست مرات ونتج فيها من لين العظام تشوه فى الحوض بحيث لم يبق بين الفقرة الرابعة القطنية والحافة العليا الارتفاق العانة الا خطان من اليسار وستة خطوط من اليمين وامثلة ذلك كثيرة

(المبحث الثانى)
(فى ضيق المضيق العجانى)

قد يضيق المضيق السفلى كما ان الغالب انه قد يتسع فاذا انخفضت قاعدة العجز نحو العانة او اتجهت الحافة العليا من الارتفاق العانى نحو العجز فذلك يكون غالبا بل دائما بسبب الحركة الارجوحية التى تبعد العصعص عن رأس التقوس العانى بعدا كثيرا او قليلا ثم انه وان امكن وضع قاعدة عمومية وهى ان المضيق السفلى يعظم متى ضاق العلوى الا انه قد يمكن ان يضيقا معا على حسب الاقطار المتوافقة فيهما

وتقارب الحبتين وزيادة استقامة تقوس العانة وشكله المثلث المتوافق فى ذلك غالبا مع استطالة الارتفاق جميع ذلك يتولد منه ما يسمى بالقرن وهو عيب اكثر حصولا واخطر من جميع عيوب المضيق العجانى ويصير الولادة عسرة جدا لان الرأس ملزوم بان يمر من التقوس العانى اكثر من مروره خلف الحبتين حيث توقفه هنالك الاجزاء الرخوة واما انقلاب العصعص الى الخلف فيحصل لكن لا منفعة فيه فاذا وصل الجنين الى الخروج لم يتم ذلك غالبا بدون تمزق عريض فى العجان

وكثيرا ما يصير العصعص ايضا قريبا للافقية ويمكن بانتصابه ان يقصر القطر العصعصى العانى كثيرا او قليلا خصوصا اذا كانت قاعدة العجز مقذوفة الى الخلف وكثيرا ما تميل احدى الحبتين مع فروعها نحو مركز المضيق بخلاف الحبة الاخرى والعصعص فلا يغير ان محلهما وبالجملة فاختلافات الشكل هنا اقل مما فى المضيق العلوى واما درجات الضيق فيلزم ان تكون مثل ما هنالك

(المبحث الثالث)
(فى ضيق التقعير)

عيوب التقعير توافق تقريبا ضيق احد المضيقين غالبا اوهما معا احيانا وتنشأ من كون العجز زائد التقوس اويابسا كما فى التقوس او من بعض نتوات عظمية

الحجبى المزدوج ورأسنه من اثنى عشر خطا الى خمسة عشر فقط وارتفاعه قيراطان ونصف لاغير ونصف الدائرة العظمية التى يقوم منها مقذوفة الى الامام والخارج

(المبحث السادس)

(فى اختلافات الحوض بالنسبة للسن والنوع والافراد)

الحوض عند الولادة يكون ضيقا جدا ومستطيلا وتقوس العرفين الحرقفيين قليل والجزء الحرقفى من عظم الحرقفة يقرب اتجاهه من الخط القائم والتجويف الحوضى مخروطى الشكل والعجز يكون مرتفعا بحيث ان الخط الافقى يمر تحت رأس العصعص مع كونه ايضا يرتكز على الحافة العليا للعانة والاقطار المستعرضة للحوض تكون اقصر جدا من اقطاره المقدمة الخلفية (ومن الغلط ان يظن كما ظن كمبيران محور المضيق العلوى يكون فى الصغار قريبا لموازاة العمود الفقرى) وعظام الحوض تكون اطرافها محاطة بطبقات سميكة غضروفية وكلها قابلة للضغط حتى ان ابعاد الطرف الحوضى للجنين يمكن ان تتوافق بسهولة مع ابعاد حوض الام عند الولادة وبعد سنتين او ثلاث تظهر بعض نقط جديدة عظمية تبقى غير ملتحمة بالكلية مع الباقى من العظم الحرقفى فى سن خمس عشرة سنة او عشرين وقد شوهد ايضا ان الشوكة العانية اكتسبت طول ستة خطوط بل ثمانية وبقيت حافظة لتحركها كقطعة غير متعلقة بغيرها

فانضمام النقط العظمية للحوض لا يحصل الا اذا بلغ الشخص من خمس عشرة سنة الى ثمان عشرة وحينئذ لا ينبغى تزويج الانثى قبل هذا السن خوفا عليها من الحمل ونقول ان ذلك يختلف باختلاف الاقاليم

واما الحوض فى الرجال فيحفظ الصفات التى كانت له فى الطفولية باعتبار الشكل فجميع اجزائه تكون اقل عرضا ولكنها اكثر علوا مما فى النساء والقطر العصعصى العانى ثلاثة قراريط وربع والحجبى المزدوج ثلاثة قراريط والحرقفى المزدوج اربعة قراريط ونصف وبين الشوكتين الحرقفيتين المقدمتين

العلويتين

العلويتين من سبعة قراريط الى ثمانية وبين وسط العرفين الحرقفيين من ثمانية الى تسعة وقوس العانتين مستقيم غير متسع الى الامام ويقرب للشكل المثلث وارتفاق العانة طويل اقله قيراطان والثقب تحت العانة يقرب ايضا لشكل المثلث والعجز اقل تقوسا على رأى معظم المؤلفين وهو وان كان يأخذ فى الانثناء من الاسفل تدريجا الا انه مقعر قرب قاعدته وبالجملة فالتقعير الحوضى فى الرجال اقل عمقا والمضيق العلوى اكثر انحناء واستدارة وقريبا الشكل بيضاوى اودائرة والحفرتان الحرقفيتان اكثر تقعرا والمدوران الكبيران اكثر قربا لبعضهما والعظام اعظم سمكا فى الغالب واكثر خشونة من الظاهر وجميع ما فى حوض الرجال يدل على القوة والصلابة ويكون بحالة بحيث يصير المشى سهلا

واما الحوض فى النساء فبالعكس فالمفاصل تكون اقل وارق والعرفان الحرقفيان مقذوفان الى الخارج اكثر من قاعدة الصدر وذلك يعطى القسم الحرقفى زيادة فى العرض والمدوران الكبيران متباعدان عن بعضهما فتزيد بذلك السعة المستعرضة لقاعدة ثبات الجسم ويصير السير والجرى اعسر ويعطى للمرأة مشية مخصوصة وبالجملة فالانثى سلب الله منها سهولة الحركة والقوة ليكون فى ذلك منفعة فى الحمل والولادة والعصعص فى حوض الرجل يلتحم سريعا براس العجز والارتفاقات الثلاثة تتيبس غالبا فى سن الشيخوخة واما فى حوض المرأة فالمفصل العجزى العصعصى يبقى غالبا متحركا الى زمن الهرم والمفاصل العجزية الحرقفية والعانية لا تلتحم الا نادرا بل وفى زمن زائد التقدم

والنساء الطوال يكون الحوض فيهن اقل عرضا واكثر شبها بحوض الرجل من النساء القصار وذلك اوجب العامة لان تقول ان الولادة فى النساء الاول اصعب مما فى الاخريات

والحوض فى الحيوانات يختلف جدا عن حوض البشر ولو انتبه روسيل وغيره من المؤلفين لهذا الاختلاف فى التكون لم يقولوا ان الولادة لا تستدعى استعانة

اصلا لان البهائم تلد بدون حاجة لمساعد بل ومن غير وجع مع ان الفرق عظيم وذلك لان الحوض فى اغلب ذوات الاربع يقل جدا تقوسه فليس له الا محور واحد والعجز يقرب لموازاة السلسلة والمضيقان لا يختلفان الا قليلا وجدران القناة الحوضية متحدة فى الطول تقريبا وعظام الحرقفة ضيقة مستقيمة مستطيلة بحيث يكاد ان لا توجد الحفر الحرقفية فمن ذلك كله تعلم ان الولادة فى تلك الحيوانات غير معرضة للتعسرات التى توجد فى البشر

ولا ينبغى ان يظن ان شكل الاعضاء فى جملة الكائنات يتغير بغتة بدون درجات متوسطة فان حوض النسناس يبعده عن حوض الحيوانات التى هى اسفل منه يقرب قليلا لحوض النوع البشرى وكلما صعدنا فى الدرجات على سلم الحيوانات نشاهد انها تأخذ فى الكمال تدريجا ويمكن لنا تأكيد ذلك بتتبع الاشكال فى نوع القرد القريب الشبه من الانسان وفى السودان الوحشيين من بلاد افريقية حيث يظهر من بنية تركيبها انها متوسطة بين النسناس والانسان فيرى فى ذلك اختلاف كثير وبالاختصار يشاهد ان الولادة عموما تكون اعسر كلما كان النوع اكثر كمالا

(القسم الثانى)

(فى الحوض مع متعلقاته اى اجزائه الرخوة)

الاجزاء الرخوة التى تغطى الحوض طبيعة من الباطن يوجد فى شكلها وابعادها تغيرات يلزم معرفتها للطبيب المولد وسنذكرها لك مبينة مفصلة فالعضلات القطنية والحرقفية التى تستر التقاعير الجانبية للحوض الكبير يتكون منها هنا شبه مخدة تلطف الارتجاج والمصادمة اللذان قد يحصلان فى الرحم الممتلئ بالحمل مدة الوقوف او المشى او الحركات العنيفة وتحفظ ايضا الاعصاب الفخذية بحيث يعسر انضغاطها حتى فى وقت الطلق والعضلة القطنية باستطالتها على جانب السلسلة تخدم ايضا نقطة ارتكاز للرحم لكن بدون ان تمنع الاورطى والاجوف عن مكابدة الضغط الذى يعوق الدورة فى الاطراف وفى الحوض والجدران الخلفية لها اعتبار ايضا فان قوة العضلات

المستقيمة

المستقيمة وانتظام اوتارها العريضة تعين على تصيير انحراف الرحم اسهل على الجوانب منه فى الوسط وسنعود لذلك عندما نتكلم على الحمل

(الفصل الاول)

(فى مضيق الحوض الرخو)

المضيق السفلى فيه مسدود بارضية الحوض وهى شبه حاجز ينقص ارتفاع التقعير بعض خطوط وكانه مضاد فى فعله للحجاب الحاجز بل للعضلات البطنية مدة الحركات العنيفة لاخذ النفس والتبرز والتبول والولادة وهذه الارضية مكونة من سطحين لبين احدهما علوى مقعر من الاعلا ومكون من العضلات الرافعة للشرج والجبية العصعصية و ثانيهما سفلى مقعر من الاسفل ومكون من العضلات العاصرة للشرج والمستعرضة العجانية والجبية الجوفية والعاصرة لفوهة المهبل ويوجد ايضا هناك عروق واعصاب باسورية سفلية واستحيائية باطنة وشحم ومنسوج خلوى تختلف كثرته

وهذه الارضية منقوبة على الخط المتوسط بمجرى البول والمهبل ونهاية المستقيم ومن اجزائها ايضا وترعريض اى صفاق يظهر كانه متولد من الرباط الكبير الحجى ومن الشفة الباطنة للتقوس العانى وقوته وان كانت تختلف جدا اوقل من قوة صفاق العجان فى الرجل الا انها تكون اعظم كما كان البحث فيه اقرب لمنشئه والصفاق الحوضى يغطى فى الحوض القسم العلوى ويظهر تبعا لكمبيرودبرزموس ان هيئة هذه الصفائح الليفية لها تأثير فى سرعة الولادة وبطئها فى اول ولادة للمرأة خصوصا

واما المضيق العلوى فيه فهو اكبر ارتفاعا منه فى الهيكل بجميع سمك العضلتين القطنيتين اللتين يتكون منهما مع العروق الحرقفية شبه عمودين ممتدين من جانبى الزاوية العجزية الفقرية الى الخط الحرقفى العانى بحيث يضيقان القطر الحرقفى المزدوج ويزيدان ايضا فى انحراف المضيق وهذا المضيق بدل ان يكون على شكل قطع ناقص او بيضاوى طرفه الغليظ مائل الى الخلف يكون قريبا لشكل دائرة اومثلث قاعدته من الامام والتقوير ان العجزيان

الحرقفيان يكاد ان لا يوجدا والزاوية العجزية الفقرية يكون ظهورها اقل مما يظن عموما على حسب ما يعرف من ظهورها فى الحوض الجاف ومع ذلك لا بأس بان ننبه على ان ضيق القطر المستعرض بالعضلتين القطنيتين لا يكون بدرجة واحدة فى جميع النساء ففى الاحواض الكلوية الشكل يمكن ان يصل الضيق الى قيراط من كل جانب واما فى الاحواض المستديرة فلا يكون الا نصف قيراط بل اقل من ذلك احيانا ولا ينبغى ان ننسى ان الضيق الذى قد يؤثر على الاتجاه الذى يأخذه الرأس اولا ليس ثابتا اصلا حتى يقوم منه مانع حقيقى للولادة وانه يستعان على زواله بان تثنى الفخذان وقت الطلق وعلى مقتضى ما ثبت من البحث والتفتيش من المؤلف ان مدخل الحوض يكون اعرض فيما بين التنوين الحرقفيين العانيين ففى هذا المحل يكون قطره المستعرض لاربعة قراريط وبعض خطوط واما القطر الحرقفى المزدوج الحقيقى فلا يكون الا من ثلاثة قراريط ونصف الى اربعة قراريط والقطر المستعرض تحت الزاوية العجزية الفقرية والعضلتين القطنيتين يكون خمسة قراريط لكن تقعير العجز يصير القطر المقدم الخلفى قريبا من ذلك

(الفصل الثانى)

(فى تقعير الحوض الرخو)

عمق التقعير شكله مغينى وزاويتان منه تحاذيان الشوكتين الجبهيتين والزاويتان الاخريان تحاذيان الخط المتوسط للعجز ومؤخر ارتفاق العانة وهذه الزوايا الاربع تدل على انضمام الاسطحة المائلة الاربعة التى تكون على هيئة اربع مثلثات تميل لان تتقارب برؤسها

والضفيرة والعروق العجزية والعضلة الهرمية توجد فى المثلثات الخلفية واما المسطحات المقدمة فتحتوى على العضلات السادة الباطنة وجزء من الرافعة للشرج بخلاف الصفاق الحوضى فانه موضوع بالضبط على جميع هذه الاشياء ويغطى جميع ذلك طبقة غزيرة من منسوج خلوى تتخلل تزحف فيه العروق الحرقفية الباطنة والضفيرة والشرايين الخثلية وقد يتراكم الشحم

احيانا فى هذه الطبقة فتصير سميكة بحيث تضيق التقعير وتصير الولادة عسرة جدا او اكبر يكون يكون فاصلا لهذه الطبقة عن الاحشاء

فنرى بمساعدة هذه التنبيهات اولا ان مدخل الحوض يكون من الامام اعرض من الخلف وان الجنين المتشكل بشكل بيضاوى بدخوله فيه يجىء فى الغالب من الامام والجانب وثانيا ان التقعير اسفل العضلات القطنية يكون على هيئة شكل بيضاوى كما فى الحوض الجاف بحيث يصح ان ينسب له جداران مقدمان جانبيان مكونان من جسم العانتين ومن الجزء العلوى للحجبة ثم جدار خلفى مكون من مقدم العجز ومن المتصلين العجز بين الحرقفيين فينتج ذلك ان القمحدوة فى هذا الجزء من سيرها تميل لان تنحنى الى الخلف لا الى الامام وثالثا ان التقعير فى محاذات التقاوير الحجبية والحفر تحت العانة يكون شكله كمربع معين يعين على ادارة الرأس وتحويله نحو التقوس العانى ورابعا ان الحوض الصغير بدل ان يكون عمقه على الجانبين ثلاثة قراريط ونصفا يكون اربعة بل اربعة ونصفا

(منفعة الحوض)

القطع العظمية المختلفة التى تدخل فى تركيب الحوض ليست قابلة لان تتحرك على بعضها الا يسيرا جدا قال دوفرنيه ان نوع الانزلاق الذى يحصل بين الجزء العجزى والحرقفتين وكذا بين عظمى العانة عند السقوط على القدمين مثلا لا يصح بوجه من الوجوه ان يشتبه بالحركات المفصلية مهما كان نوعها ونازع فى ذلك ابسكان وما حكاه بوه من المبالغة فى التحرك وكذا دوفنتير من كونه شاهد ارتفاع العظام الحرقفية فيراطين بانزلاقهما على العجز فى حالة مرضية لا تبطل ما ذكرنا

فالحوض هو قاعدة الجذع ويتكون منه حلقة تامة نصفها الخلفى يقبل جميع ثقل الجسم كما قال ذلك ديزرموس واما مقدمها فيخدم لها كقنطرة حافظة لها وثقل الجذع والاطراف الصدرية المتحول بواسطة العمود الفقرى الى العجز يتوزع اولا على عظام الحرقفة ثم على عظمى العانة اللذين يضغط احدهما على

الاخر بقوة تختلف ضعفا وشدة ولذا شبه الحوض بقوسين اوقنطرتين احدهما يقبل ثقل الجسم بواسطة قاعدة العجز والاخر ينقله الى الاطراف بواسطة التجويفين الحقيين ثم يتصل بالاجزاء الجانبية للدائرة الاطراف الحوضية اى الرجلان اللتان فى بعض الاحوال تحملان ايضا هذا الثقل سوآء كانتا مجتمعتين اومنفصلتين وهذه المنفعة للحوض كما هى مهمة للفسيولوجيين مهمة ايضا عند المولدين لانها تفيد سبب الاشكال المعيبة الغريبة التى يصاب بها احيانا تجويف الحوض اذا حصل التعظم ببطئ زائد اوتقهقر ومن منافع الحوض ايضا احتواؤه وحفظه للمثانة والمستقيم والرحم والبوقين والمبيضين وفى مدة الحمل يحفظ الرحم ايضا ويمسكه فى اتجاه مناسب

(الباب الثانى)

(فى الحوض المعيب)

يكون الحوض معيبا متى خرج عن ابعاده الطبيعية اوعن شكله الاعتيادى بحيث يصير الولادة خطرة اوعسرة اوغير ممكنة واتجاه محاور الحوض ومسطحاته وابعاد اقطاره ونفس شكله يبعدان تكون فى جميع الاحواض بالضبط حسبما ذكرناه سابقا غير ان نقص اوزيادة بعض خطوط اوبعض انحراف قليل اوتشوه خفيف لايمنع كون الولادة تحصل بدون خطر وعيوب الحوض يمكن ان ترجع الى افراط الاتساع وضيقه ورداءة اتجاه محاوره

(القسم الاول)

(فى افراط الاتساع)

يظهر ببادى الرأى ان افراط اتساع الحوض نفعه للحمل والولادة اكثر من ضرره ولكن يستفاد من المشاهدة والتعقل ان الامر قد لا يكون كذلك فالرحم فى مدة الحمل حيث تكون اقل استمساكا يسهل انقلابها الى الخلف والى الامام مادامت اقطارها لم تجاوز اقطار المضيق البطنى ثم بعد الشهر الرابع تميل لجميع الجهات

والحوض اذا كان كبيرا يعين على سقوط الرحم وعلى سرعة انتهاء الطلق

اى نموده وبموجب ذلك يعرض لجميع العوارض التى قد تتبع الولادة السريعة فى بعض الاحيان كانيرسيا الرحم وانقلابه والنزيف وقد يتفق حينئذ ان الرأس الذى لم يزل محاطا بالرحم المجذوبة معه يدخل فى التقعير فى ابتداء الشهر التاسع بحيث يدفع الرحم امامه لخارج الفرج وقت الطلق كما شاهد ذلك لوفريت مرات كثيرة قال المؤلف ومع ذلك فاقول وفاقا للقابلة لشبيل ان ذكرهم هذه الاخطار كاها مبالغة وانه يسهل عموما التحرز منها وان سقوط الجنين وفصل المشيمة قبل اوان انفصالها وتمزق الحبل السرى لا تحصل من ذلك الانادرا على ان اتساع الحوض كثير الوجود فيمكن ان يوجد فى المضيقين وفى جميع اقطارهما فى آن واحد وامثلة ذلك عند المؤلفين كثيرة فقد شاهد بعضهم القطر العجزى العانى خمسة قراريط ونصفا والحرقفى المزدوج ستة ونصفا وكل من قطرى المضيق السفلى خمسة ونصفا والبعد بين العرفين الحرقفيين اثنى عشر قيراطا ونصفا والغالب ان الذى يكون مجلسا للاتساع هو المضيق السفلى بحيث يمكن اتمام الولادة بالوجه او بالرأس مع كون القمحدوة من الخلف بدون احتياج الى الاستعانة بشئ

(القسم الثانى)

(فى العيوب التى تحصل من فقد الاتساع)

(الفصل الاول)

(فى الضيق المطلق)

زعم بعضهم ان تجويف الحوض لا يضيق من جهة الا ويتسع بقدر ذلك الضيق من جهة اخرى فبموجب ذلك لا يختلف محيط مضيقيه اصلا مع انه ثبت بالمشاهدة انه كثيرا ما يبقى الحوض بعد البلوغ حافظا لاغلب صفاته التى كانت له فى الطفولية وانه يقرب من حوض الرجل وبموجب ذلك بقيت صفته المطلقة اقل مما يلزم له فى الحالة الاعتيادية على انهم حيث جزموا بالافراط فى الاتساع فلاى شئ شكوا فى انه قد يضيق جدا فى جميع اتجاهاته كلها وبالاختصار هذا الضيق العام المنتظم يندر ان يصل الى حد بحيث يلزم له

عمليات ثقيلة ومع ذلك فقد اتفق ان امرأة ماتت فى بيت الولادة بمرسيليا ولم تلد فنظر فى اقطارها فوجد ان القطر العجزى العانى قيراطان وثلاثة ارباع قيراط والمستعرض اربعة ونصف والمنحرفان اربعة فى المضيق العلوى والعجزى العانى قيراطان ونصف وبين الحبيتين قيراطان وثلاثة ارباع قيراط والمنحرفان ثلاثة قراريط فى المضيق السفلى ويقال ان الضيق المطلق يكون كثيرا فى النساء الطويلات القوام والغالب موافقته مع التشوه المفرط فى الخلقة فقد ذكر مورلان انه وجد فى مريضة مصابة بلين العظام ان القطر العجزى العانى سبعة عشر خطا وان المسافة من العجز الى التجويف الحق الايمن اربعة خطوط والى الحق الايسر سبعة خطوط والقطر العصعصى العانى قيراطان وخمسة خطوط

(الفصل الثانى)

(فى الضيق النسبى)

وبعد ان عرفت ماسبق ينبغى ان تعرف ايضا ان الضيق النسبى اى الجزئى من الحوض قد يحصل منه ايضا خطر حقيقى والاكثر مشاهدته فى العلوى ويقل فى السفلى وفى التقعير ويمكن ان يكون فى القطر المقدم الخلفى او المستعرض والمنحرف منفردا كل منها او مع غيره

(المبحث الاول)

(فى ضيق المضيق البطنى)

الضيق فى المضيق العلوى يحصل غالبا فى القطرين المنحرفين اكثر من غيرهما وحصوله فى واحد منهما اكثر من حصوله فيهما معا واما ضيق القطر المستعرض فهو نادر وربما لم يشاهد وحده ابدا وهذه العيوب المختلفة تعطى فى مدخل الحوض اشكالا مختلفة يسهل ادراكها فضيق القطر المقدم الخلفى قد ينشأ من زيادة بروز الزاوية العجزية الفقرية فيكون شكل المضيق حينئذ قلبيا او كلويا فاذا كان الارتفاق العانى مع ذلك مائلا الى الخلف كان شكل الحوض كثمانية بالعربى القديم موضوعة بالعرض فاذا كان هذا العيب

فى القطرين المنحرفين جاز اذا لم يغير الارتفاق محله ان جسم العانة بسبب قربه لنموالبارز يعطى للمضيق شكلا مثلثا او شبيها بالمنحرف او شبكل ورقة من النبات المسمى بالمثلث الميلى على حسب الزوايا المكونة من طرفى القطر الحرقفى المزدوج المختلفة حدة واستدارة وهذه الاعواض المسماة بمثلثة الفصوص او الورقات يوجد فيها ايضا خصوصية وهى انها تارة تكون قطعها الثلاثة متساوية وتارة يكون الجزء المقدم او الايمن او الايسر اصغر من الآخرين

وقد يتحقق ايضا ان التجويفين الحقيين يميل احدهما نحو الآخر كما قربا العجز فى هذه الحالة يتكون من العانتين المنثنيتين على زاوية قائمة فى محاذاة المنتو الحرقفى العانى بروز يقدر من قيراط ونصف الى قيراطين من الامام ويوجد ان موازيين القطر المقدم الخلفى فلا يكون بينهما الا مسافة بعض خطوط ومن اغرب ما شوهد من تلك العيوب ان العانتين ذهبتا باستقامة الى الخلف حتى التصقتا بالجزء الالى من عظم الحرقفة اعنى فى مسافة قيراط كبير ونصف وقرب التجويف الحق لا يوجد بينهما الا خلو ثلاثة خطوط وكذا خلف الارتفاق اجمع هذا الجزء خارج بالكلية عن دائرة المضيق والقطر المقدم الخلفى انما كان فى الحقيقة قيراطين ونصفا الا خمسة كما يوجد غالبا فى قياسه من الظاهر بهذه الحيلة

فاذا لم يكن العيب الا قطرا منحرفا واحدا نتج من ذلك فى الولادة هيئة مهمة الذكر فانه اذا كان الضيق من اليمين مثلا جاز ان يوجد فى الجهة اليسرى افراط اتساع ففى هذه الحالة اذ لياء الرأس وكانت القمحدوة من اليمين استدعت الولادة استعانة الصناعة واما اذا كانت من اليسار فان الطبيعة يمكن قد تكفينا مؤنة ذلك وهذا التنبيه يدل على انه لاجل تسهيل الولادة فى امرأة مصابة بهذا العيب يكفى ان نعمل عملية التحويل ويوصل الجنين الى الوضع الاول او الثانى من اوضاع القدمين بحيث تكون القمحدوة مجاورة لاوسع جهة فى المضيق ويتضح منه ايضا كيف يتفق ان امرأة تضع فى اول ولادة بنفسها

ولا يمكن ان تضع فى الثانية بدون القطع العانى او القطع القيصرى وبالعكس
قال المؤلف وقد اتفق انى دعيت لامرأة سنة ١٨٢٥ مكثت فى الطلق يومين
ولم ينزل الرأس ففتشت على الرجلين وتممت الولادة ثم فى السنة الثانية آن اوان
وضع ثان لهذه المرأة فذهبت الى مارستان المدرسة ومكثت فى الطلق اربعة
ايام وسالت المياه منها ونزل الرأس بقوة وكانت الرحم لافة بالضبط على الجنين
فلم تتيسر عملية التحويل وكان معى دبرزموس ودبنوس فاستعملنا جفت
الولادة فلم يمكن نزول الرأس به وصار كسره متعينا ثم حملت المرأة من جديد
فى السنة الثالثة اى السابعة والعشرين فبادرت بالتداوى فى ابتداء الطلق
فاخذت افتش على القدمين واتممت الولادة بسرعة ونجاح فعاقبة هذه
المرأة الثلاث نشأت من انه فى حالة منها كان الغليظ من الرأس فى الجهة اليمنى
حيث الحوض هناك ضيق جدا فلم يمكن نفوذه من المضيق واما فى غيرها فان
التحويل وجه القمة الى اليسار حيث الاقطار على حالتها الطبيعية فتيسر
مرور الرأس حينئذ

ومن النادر ان يعوق الضيق المستعرض خروج الولد ما لم يكن العجز ايضا ضيقا
لان الغالب انه يبقى بين الحفرتين الحرقفيتين اكثر من اربعة قراريط
وهذا النوع من العيب يحصل منه فقط عظم القطر العجزى العانى فيعطى
للمضيق شكلا بيضاويا او شكل قلب مستطيل وقد لا يكون الضيق الا فى احد
نصفى الحوض ففى هذه الحالة يحتوى التشوه فى آن واحد على الحوض
الصغير والكبير وهذه العيوب قد تكون متحدة بكيفيات مختلفة وقد تكون
منعزلة وبدرجات مختلفة فقد ذكر ان امرأة كانت منذ مدة مصابة بتلين العظام
فكان قطرها المقدم الخلفى ثلاثة خطوط تقريبا وبين الحفرتين الحرقفيتين
نصف قيراط وذكر نجيل انه شاهد امرأة كانت ولدت ست مرات ونتج فيها من
لين العظام تشوه فى الحوض بحيث لم يبق بين الفقرة الرابعة القطنية والحافة
العليا لارتفاق العانة الا خطان من اليسار وستة خطوط من اليمين وامثلة
ذلك كثيرة

(المبحث الثانى)

(فى ضيق المضيق العجانى)

قد يضيق المضيق السفلى كما ان الغالب انه قد يتسع فاذا انخفضت قاعدة العجز نحو العانة او اتجهت الحافة العليا من الارتفاق العانى نحو العجز فذلك يكون غالبا بل دائما بسبب الحركة الارجوحية التى تبعد العصعص عن رأس التقوس العانى بعدا كثيرا او قليلا ثم انه وان امكن وضع قاعدة عمومية وهى ان المضيق السفلى يعظم متى ضاق العلوى الا انه قد يمكن ان يضيقا معا على حسب الاقطار المتوافقة فيهما

وتقارب الحبتين وزيادة استقامة تقوس العانة وشكله المثلث المتوافق ذلك غالبا مع استطالة الارتفاق جميع ذلك يتولد منه ما يسمى بالقرن وهو عيب اكثر حصولا واخطر من جميع عيوب المضيق العجانى ويصير الولادة عسرة جدا لان الرأس ملزوم بان يمر من القوس العانى اكثر من مروره خلف الحبتين حيث توقفه هنالك الاجزاء الرخوة واما انقلاب العصعص الى الخلف فيحصل لكن لا منفعة فيه فاذا وصل الجنين الى الخروج لم يتم ذلك غالبا بدون تمزق عريض فى العجان

وكثيرا ما يصير العصعص ايضا قريبا للافقية ويمكن بانتصابه ان يقصر القطر العصعصى العانى كثيرا او قليلا خصوصا اذا كانت قاعدة العجز مقذوفة الى الخلف وكثيرا ما تميل احدى الحبتين مع فروعهما نحو مركز المضيق بخلاف الحبة الاخرى والعصعص فلا يغير ان محلهما وبالجملة فاختلافات الشكل هنا اقل مما فى المضيق العلوى واما درجات الضيق فيلزم ان تكون مثل ما هنالك

(المبحث الثالث)

(فى ضيق التقعير)

عيوب التقعير توافق تقريبا ضيق احد المضيقين غالبا او هما معا احيانا وتنشأ من كون العجز زائد التقوس او ليس كما فى التقوس او من بعض نتوات عظمية

ففي الحالة الاولى يكون العظم كانه منضغط على سطحه المقدم ويضيق القطر العجزي العاني والعصعصي العاني كثيرا او قليلا مع كون القطر المقدم الخلفي للتقعير كبيرا عن العادة واحيانا العجز يكون بعيدا عن العانة سواء بقاعدته او بطرفه البحقي مع كونه زائد التقوس

وفي الحالة الثانية من حيث ان الوجه المقدم للعجز يكون مسطحا او محدبا فلا يتم التجويف الموضوع بذلك ان يكون متسعا بين محله فيه يضيق او يتسع بانتظام من النتو المرتفع الى طرف العصعص على حسب كون قاعدة العظم مقلوبة بحسب الظاهر الى الامام او الى الخلف

فاذا كان العجز لتد التقعر والمضيقان ضيقين ووصل الرأس بقوة الحركات العنيفة للتقعير بقي فيه منحصرا ولا يمكنه ان ينزل فلا بد ان يندفع الى الداخل فتصير الولادة خطرة بحيث ان العملية القيصرية قد لا تكون لانتهاء ذلك بها فان كان زائد الاستقامة وكان المضيق السفلي ضيقا جيدا نزل الرأس اولا بسرعة الا انه لكونه يجتاز قناة مخروطية يقف حالا ولا ينفذ من رأس المخروط الا بعسر فاذا توافق ضيق احد المضيقين مع افراط اتساع الآخر تكدر سير الطلق فان كان المضيق البطني هو المعيب بعدم الاتساع بقي الرأس فيه واقفا زمنا طويلا ومع ذلك ينتهي الحال بنفوذه منه ثم لا يجد مقاومة بعد ذلك فينفذ من رأس الموض بسرعة زائدة في الوقت الذي يحكم به الطبيب بعد مضي المدة اللازمة للطلق وان كان المعيب بالضيق هو المضيق السفلي نفذ الجنين اولا بسرعة عظيمة وربما قال الطبيب الذي لم تكشف له هذه الحالة ان الوضع يتم بسرعة مع ان استعانة الصناعة قد تكون ضرورية حينئذ فاذا تكون من ارتفاق العانة عرف بارز من الخلف بعض خطوط بل ولو ثمانية خطوط كما شاهده كاوكيه لم يمنع ذلك حصول الولادة لكن يمكن عند مرور الرأس ان ترض المثانة او الرحم ويحصل من ذلك تمزق هذه الاعضاء وقد يكون الضيق بسبب بروز احدى الحفر الحقية في التقعير او انقذاف الشوك الحجبية الى الباطن فيكون من ذلك التشوه

وقد يشاهد فى الحوض انتفاخ العظام بانواع واشكال مختلفة بحيث تمنع الولادة رأسا وذلك يستدعى العملية القيصرية او تكسير الرأس وبدون ذلك تفقد حياة المرأة وقد يكون الضيق بسبب اورام اسقيروسية اوليفية فى التقعير تضر بالولادة لكن اكثر عيوب التقعير تنشأ من عيب فى استقامة العجز بالزيادة او النقص وسنرجع على عيوب الحوض الحاصلة من شئ مخالف للعادة او من تغير فى الاجزاء الرخوة عندما نتكلم على عسر الولادة

(القسم الثالث)

(فى عيوب اتجاه المحاور)

معظم عيوب الخلقة فى الضيقين يغير اتجاه مسطحات الحوض ومحاوره تغييرا يختلف قلة وكثرة فاذا كانت الزاوية العجزية الفقرية مقذوفة نحو العانة زاد تقعير القسم القطنى بالضرورة فالزاوية التى تتكون من العجز مع السلسلة بدل ان تكون ١٧٥ درجة تكون ١٣٩ بل قد تكون ١٢٠ فحينئذ ينحنى محور المضيق العلوى الى الامام ويقرب للخط الافقى فاذا لم ينجذب لهذا الميل العصعص ورأس العجز المسوكين بالرباطين العجزيين الجبيين انخفض مسطح المضيق السفلى الى محاذاة او اسفل الخط الافقى بل قد يصير موازيا لمسطح المضيق العلوى لكن هذه الهيئة يبعد ان تقرب محور رأس الحوض الى الخط العمودى او تميله الى الخلف كما يظن ببادى الرأى وانما توجهه جدا الى الامام لان الوجه المقدم للعصعص يعين اتجاهه فاذا ارتفعت العانة وتسطح النتو البارز قرب محور المضيق العلوى للخط القائم وربما جاور محور الجذع ففى هذه الحالة اذا زال تقوس الجدار الخلفى الذى للتقعير جاز ان يتوازى المحوران الحوضيان وان كان مسطح المضيق السفلى منحنيا جدا الى الامام وهذه الهيئة التى تعين خصوصا على تمزق العجان تولد مدة الطلق تعسرات لم يتكلم عليها الى الآن فى الكتب المرتبة وانما نبه عليها الوبستين سنة سبع عشرة بعد الثمانمائة واحد الاحواض التى تكلم عليها هذا المؤلف كان انحناء المضيق العلوى فيه خمسا وخمسين درجة وآخر سبع عشرة درجة وفى الحالة الاولى عسر جذب

رأس الجنين بجنب الولادة حيث كان مائلا حينئذ لان عراعلا العانة واما ميلها فاتجاه الرأس اتجاها رديئا بالنسبة لجذع الجنين او للرحم فى نفوذه من التقعير بصير الولادة عسرة قال لوبستين وفى هذه الحالة ينحصر المنكبان ويعتنان خروج الجنين فى كثير من الاحوال التى ذكرها هستير ولوفريت

(القسم الرابع)

(فى اسباب عيوب الحوض)

المناسب لاجل معرفة اسباب عيوب الحوض دراستها فى سن الطفولية وسن البلوغ فان السبب الوحيد لتلك العيوب الى سن ست سنوات اوسبع هو افة العظام وتوضيح ذلك سهل لان العظام التى تصاب بهذا الداء توجد دائما محصورة بين حركتين عنيفتين ويلزم ان تنقاد للجهة التى يحصل منها عليها زيادة ضغط اوفى جزئها الذى يكون ضعيف القوام فاذا افرضنا ان اللين متساو فى جميع العظام وان للطفل واقف ومستند بقوة واحدة على ساقيه كان من الواضح ان قاعدة العجز تنخفض نحو العانة وان التجويفين الحقيين يندفعان نحو النتو البارز اى الزاوية العجزية الفقرية فيحصل من ذلك ضيق القطرين العجزى العانى والمنحرف فاذا كان الطفل واقفا ولكن كان مستندا على احدى الرجلين اكثر من الاخرى قصر القطر المنحرف من جانب واحد فاذا بقى الطفل قاعدا صار تقعير العجز اعمق وقصر القطران المقدمان الخلفيان للمضيقين فاذا اعتاد على النوم على الظهر فان تقوس العجز بدل ان يزيد يزول بالكلية كالزاوية الحوضية الفقرية ايضا ويفقد القطر العصعصى العانى غالبا ابعاده والوضع الجانبى يؤثر ايضا على الاقطار المستعرضة

ثم ان ثقل الجسم وان كان كافيا فى توضيح معظم اشكال العيوب الحوضية الا ان من المعلوم انها قد تنتج فى بعض الاحوال من القوة الشديدة للعضلات التى تحيط بالمفصل الحرقفى الفخذى

ومعظم عيوب الحوض تحصل بعد سن الطفولية من لين العظام الجزئى او الكلى ومن الفعل الغير المنتظم للعضلات ومن العادة الرديئة فى الوقوف

او القعود فكان الشابات يقصدن زيادة نتوعجيزتهن وزيادة تقعير القرجة القطنية ليظهر ما يسمى عند العامة بثقل الردف فيجعلن الحوض والرأس مائلين بقوة الى الخلف واما البطن والصدر فيذهبن بهما حسب الطاقة الى الامام ولم يعلمن انه لاجل انالة بعض لطافة فى الهيئة يقعن فى خطر عظيم وهو انهن لا يلدن الا بمشقة عظيمة

وقد شوهد فى مرض من امراض المفصل الحرقفى الفخذى ان رأس الفخذ ابرزت عمق التجويف الحقى فى الحوض بل ثقبته ايضا وذكرت القابلة لشبيل ان امرأة كانت اصيبت بخلع فخذها من ذاته فكان التجويف الكاذب المفصلى فيها بارزا فى التقعير بحيث يضر فى الولادة وذكروا ان المصابات بالعرج قد يتشوه حوضهن بحيث يمنعهن ذلك من الولادة وبتر الفخذ لا الساق من امرأة بالغة وبالاولى من بنت صغيرة قد يكون سببا لتشوه الحوض لان الطرف الصناعى الذى يوضع بدل الاصلى لا يأخذ نقطة ارتكازه الا فى الجبة فيبقى التجويف الحقى الذى فى الجهة السليمة وحده على انضغاطه بثقل الجسم فاذا علم من نواميس الفسيولوجيا المرضية ان التجويف العظمى يمتلئ متى فقد مجاورته للعضو الملائى له طبيعة وان القوس العضوى الذى ينقطع الضغط عنه يضيق ويهبط نحو التجويف الذى يعين على تكونه علم من النواميس الميخانكية ايضا ان القطر المنحرف المحاذى للطرف الطبيعى قد يضيق فى تلك الحالة بحيث يصير الولادة خطرة كما ثبت ذلك من مشاهدة لشبيل وغيرها

ومما يسبب موانع الولادة احيانا الكسر التى التحمت اجزاؤه لا على التساوى ومثله الخلع ونسوس العظام والداء الجبارلى ونحو ذلك فقد اتفق ان امرأة حصل لها سابقا كسر فى الحرقفة والفرع الحجى العانى وآل بها الامر الى عدم امكان ولادتها فوضع فيها الجفت وضعا رديئا فمزق المهبل والرحم وسبب تباعد العانتين بل وكسر العظام وموت تلك المرأة وبالجملة فلين العظم يشوه الحوض غالبا بل دائما فى الاطفال الصغار لان اطرافهن البطنية التى العظام الحرقفية جزء منها تصاب غالبا بهذه الآفة فى هذا السن اما فى سن متقدم عن

ذلك كقرب البلوغ فان استحكام العظام لا يصيب غالبا الا العمود الفقرى وحينئذ
ويمكن ان يبلغ تقوس السلسلة اعلى درجة بدون ان يتشوش الحوض من ذلك

(القسم الخامس)
(فى قياس الحوض)

اذا دعى الطبيب لامرأة لاجل معرفة حالة حوضها ينبغى ان يبتدأ بسؤال
اقاربها اومن يحيط بها عن حالتها التى قطعتها فى الطفولية فاذا تعسر مشيها
فى حال الصغر او بقيت ضعيفة مدة طويلة او كانت مفاصلها غليظة كانها
منتفخة استنتج من ذلك انها كانت مصابة بلين العظام وان حوضها معيب
على غلبة الظن ثم يبحث بعد ذلك فى بقية اجزاء جسمها فاذا بقى فى السلسلة
اثر اعوجاج غير طبيعى او كانت الركبتان كبيرتى الحجم او مائلتين الى الباطن
او كان فكها السفلى بارزا الى الامام جدا او اسنانها مزرقة وفيها خطوط
مستعرضة استنتج من ذلك كالنتيجة السابقة فاذا لم يكن شئ من ذلك
كان المظنون سلامة الحوض

وذكر وبيران البحث فى الرأس يمكن ان يعرف منه بالضبط حالة الحوض
وطريقته فى ذلك بسيطة فان الاقطار القمحدوى الجبهى والجدارى المزدوج
والجبهى الحلمى توافق الاقطار العجزى العانى والحرقفى المزدوج والمحرقفين
وان المضيق العلوى يوافق الجبهة والمضيق السفلى يوافق الوجه واخذ ذلك
وبيرمن البيان التعليمى الذى ظهر عن قريب وتمسك به كثير من النمساويين
وهو ان ما فى الجانب الايمن تكرار لما فى الجانب الايسر وكذلك ما فى النصف
العلوى مثل ما فى النصف السفلى وما فى النصف المقدم من الاصول مثل
ما فى النصف الخلفى ونحو ذلك فيلزم من ذلك ان الحوض انما هو تكرار للرأس
وقد اشتغل وبيرمنذ بعض سنين بالبحث والتفتيش على اثبات ان الرأس
والحوض معرضان لنواميس تركيب واحد وان جودة وردآفة احدهما
تطابق دائما حالة الآخر وان ضيق وطول حوض الرجل مثلا يطابق مطابقة
تامة شكل رأسه الذى قطراه القائم والمقدم الخلفى يكونان عموما اعظم واوسع

من

من المستعرض وعكس ذلك فى النساء قال المؤلف وهو وان كان عنده مشاهدات تقوى مذهبه الا انى لست على يقين من ذلك فانى شاهدت احواضا فى اعظم تكون جيد مع كون الجمجمة فى تشوه زائد وبالعكس نهاية ما تقول وفاقا للقابلة لشبيل يظهر انه كلما كان الجزء العلوى من الوجه ابرز كان الحوض اعرض واوسع وفى هذا القسم فصول .

(الفصل الاول)

(فى البحث من الظاهر لمعرفة قياس الحوض)

وبعد الابحاث والاسئلة الاولية التى ذكرناها يبحث عن ظاهر الحوض بادب وحشمة واحتراس حسب الممكن فاذا كان مشى المرأة مستقيما خالصا وعجيزتها متساوية الجانبين واعرض من قاعدة الصدر وجيدة الاستدارة وبين المدورين الكبيرين تباعد مناسب وليس هناك تقعر زائد فى السلسلة ولم يكن العجز زائد التحدب ولا قليله وارتفاق العانة غير هابط ولا بارز ولا زائد فى الطول صح ان يحكم بان الحوض جيد التكون واذا وضع الاصبع بين الشفرين الكبيرين واصل الفخذين علم منه ان كان التقوس العانى غير ضيق او على شكل قوس دائرة عريضة وان الحجبتين ليستا قريبتين لبعضهما جدا ولا بأس ان يتذكر ما عدا ذلك ان عرض العجيزتين مزدوج عرض المضيق العلوى وليس بلازم لاجل تحقيق هذه الاحوال تعرية المرأة ولا اضطجاعها فاذا خيف خجل المرأة من الحيا لزم ان يفعل مثل هذا البحث من تحت القميص فاذا وجدت جميع صفات جودة التكون لم يحتج لازيد من ذلك فان فقد شئ منها اجتهد فى تعيين نوع التشوه الذى يوجد فتقعر السلسلة مع بروز زائد فى العانة يدل على انحراف مفرط وشكل مثلث او مثلث الفصوص فى المضيق العلوى فاذا كان الارتفاق العانى مع ذلك منخفضا صح ان يؤكد ان القطر العجزى العانى قصير جدا وان المضيق مزدوج الفصوص او على شكل ثمانية بالرقم العربى القديم مقلوبة بالعرض فان كانت الحرقفتان اى العجيزتان غير متساويتين او مرتفعتين جدا او الحفرتان الحرقفيتان الظاهرتان

منخفضتين دل ذلك على عيب فى القطر الحرقفى المزدوج واما تقارب الحدبتين لبعضهما وتحدب العجز وميل العصعص الى الامام فلا يحتاج معرفتها الشئ اصلا لسهولة ادراكها حالا

ولما كان المراد من القياس الوقوف على نتايج صحيحة كالنتايج الرياضية وكان استعمال اليد لا يفيد الا نتايج ظنية اخترع المولدون آلات كثيرة لقياس الحوض بالضبط سوآء من الظاهر او من الباطن وسموا تلك الآلات بمقياس الحوض منها اثنان يوضعان من الظاهر احدهما بركار السمك لبودلوك او تقول وهو الاحسن مقياس الرأس لاستين الذى يستعمل غالبا بل دائما دون غيره بسبب بساطته والاخر مقياس الطول لشوسييه الذى لا يستعمل الا فى بيت الولادة بباريس وبركار السمك يستعمل لقياس شيئين احدهما القطر العجزى العانى بان توضع احدى زيتونتيه امام ارتفاق العانتين والاخرى على الحدبة الاولى الشوكية للعجز وثانيهما القطران المنحرفان بان يسند طرفا البركار على الوجه الوحشى للمدور الكبير والجزء البارز من المفصل الحرقفى فى الجهة المقابلة ففى الحالة الاولى يلزم ان تدل المسطرة المقوسة على سبعة قراريط بحيث اذا ازيل منها قيراطان ونصف للعجز وستة خطوط للعانة بقى اربعة قراريط ويلزم للاقطار المنحرفة ان تدل على تسعة قراريط لانه يلزم ان يطرح ثلاثة قراريط الا ربعا لاجل المدور الكبير وعنق الفخذ والتجويف الحقى وقيراط وثلاثة ارباع قيراط لاجل الارتفاق الخلفى وتمسك بودلوك بان سمك العظام انما يختلف نادرا بزيادة خط او خطين فى الجهة المقدمة الخلفية ويمكن حسبان ذلك فى الاقيسة المأخوذة من هذا المقياس وزعمت القابلة لشبيل ان هذه الطريقة غلط وان سمك العجز وحده يمكن ان يختلف من اربعة خطوط الى خمسة وبالغت القابلة بوافين فقالت ان السمك الذى قاله بودلوك يختلف من اربعة خطوط الى اثنى عشر قال المؤلف والمؤكد الصحيح هو ان النحافة والسمن لا ينقصان ولا يزيدان نقصا ولا زيادة محسوسة فى سمك الاجزاء الرخوة من المحال التى تلامس الآلة وان اختلاف سمك العجز والعانتين الذى ذكره

هاتان

هاتان القابلتان نادر جدا

واما قياس الاقطار المنحرفة فان طول عنق الفخذ يظهر باقطار وابعاد مختلفة جدا بحيث لا يعتمد عليها الطبيب المجرب كذا قالوا قال المؤلف واظن انهم غلطوا فى ذلك وما وجدت الفرق فى عدد كثير من الاحواض الجيدة التكون الا نحو اربعة خطوط اقل او اكثر والعرقان الحرقفيان من حيث انهما قد يرتفعان او ينخفضان جدا بدون ان يكاد المضيق تغير افلو اخذ نصف تباعدهما لاجل قياس القطر الحرقفى المزدوج لخيف من حصول اغلاط الكثيرة لان هذا القطر محاط بعضلات كثيرة على ان الاهتمام به قليل بحيث ان اليد تكفى لتحقيق حاله

واما المضيق السفلى فالاصابع تكفى لقياسه وينبغى على رأى بعض المؤلفين ان تجلس المرأة على حافة كرسى لكن يمكن البحث فيها ايضا وهى واقفة ثم يوضع بطن السبابة على رأس العصعص وطرف الابهام على حافة الرباط تحت العانة ثم بعد ذلك يذهب بالاصبعين الممسوكتين بوضع ثابت الى مسطرة مدرجة ليعرف مقدار التباعد ويصح ايضا مدة كون طرف السبابة ملامسا لرأس العصعص ان ترفع منها الحافة الكعبرية وتوضع على طرف القوس العانى بدل الابهام لكن ذلك يعرض لضغط مؤلم على اعضاء التناسل الظاهرة اذا كانت الحساسية فيها زائدة ولاجل قياس القطر الحجبى ينبغى ان يذهب بطرف الاصبعين على شفتى الحجبتين فى المحل الذى يرتبط فيه الرباط الكبير العجزى الحجبى مع الاحتراس على تبعيد الشحم بضغط خفيف

والبحث الظاهرى وان لم يفد الا نادرا تأكيد طبيعة ودرجة عيوب الحوض غير انه وحده هو الذى يستعان به فى الابكار اذ لم يذهب بالاصبع او بمقياس الحوض فى المستقيم اما غيرهن فيستعمل لهن البحث الباطنى وهو يكون بكيفيات كثيرة

(الفصل الثانى)
(فى البحث من الباطن لقياس الحوض)

اخترع قطولى مقياسا يقاس به الحوض من الباطن ونوعه حتى صار كبركار الثخانين الذى يقاس به الارجل فى الاوربا فيدخل مطبوقا فى المهبل ثم يفتح فيستند احد فرعيه على ارتفاق العانة والآخر على ابرز جزء من الزاوية العجزية الفقرية ويعرف من درج فى طرفه المتحرك تباعد الصفحتين القائمتين اللتين ينتهى فرعاه بهما ويقاس بهذه الكيفية ايضا فى الحوض الجاف القطر العجزى العانى مع غاية الضبط ولكن نقول هذا المقياس كثير الخطأ ويعرض لاوجاع مؤلمة فلذا ينبغى هجر استعماله بالكلية ويكون الانفع فى البحث الباطنى هو الاصابع او اليد قال ريان لا يستعمل عند الانقليزيين لقياس المضيقين الا الاصبع ففى غير زمن الطلق اى قبل ان يدخل الرأس فى المضيق يوجه طرف السبابة بدون تعسر للنتوء البارز ويرفع اصلها على قبوة العانة ويعلم هذا المحل بظفر الاصبع من اليد الاخرى ثم لا شئ اسهل بعد ذلك من مشاهدة قياس القطر العجزى العانى والاصبع فيها زيادة عن ما فى الالات خاصة الاحساس فلا تفارق الجزء البارز من العجز بدون ان يدركه الطبيب المولد فبها يذهب جزء من اسباب الغلط الكثير الحصول نعم الخط الذى يمر عليه الاصبع من حيث انه يقع تحت ارتفاق العانة لا على جزئها العلوى يكون فيه زيادة طول اكثر مما اذا مر مستقيما لكن اذا طرح منه من اربعة خطوط الى خمسة لاجل هذا الانحراف حصل بالضبط قياس المسافة الفاصلة للزاوية العجزية الفقرية عن اعلى الارتفاق ومع ذلك هنالك حالتان يمكن ان يحصل فيهما الخطأ اولهما اذا ظهر ان الحافة العليا للعانة مائلة الى الخلف والثانية العكس فحينئذ ربما يظهر ان القطر المقدم الخلفى للمضيق العلوى كبير جدا وان كان الواقع انه صغير وبالعكس لكن وضع بركار التناسب من الظاهر يزيل جميع ما يحصل من الخطأ فى ذلك

وفى مدة الطلق يمكن فى الحقيقة وضع اليد كلها فى المهبل ثم يفرق الابهام عن السبابة بحيث يثبت احدهما على الزاوية العجزية الفقرية والآخر خلف العانة ثم تجذب اليد وهى على هذا الوضع وبمساعدة القدم المقسم الى قراريط

وخطوط

وخطوط تعين ابعاد القطر العجزى العانى تقريبا بدون احتياج الى آلة اخرى من الآلات المخترعة لهذا الشان قال المؤلف واتفق لى احيانا انى استعملت بنجاح بدل السبابة والابهام السبابة والوسطى متجها بهما الى اعلى المهبل وبعد تباعدهما ما امكن ووضعهما على طرفى القطر المراد قياسه يوضع اصبعان من اليد الاخرى بين اصلى الاولين لمنع تغيير هيئتهما مدة اخراجهما من اعضاء المرأة

ومتى امكن ادخال اليد فى المهبل ادخلت فيه اذا كان المهم ان يؤكد بالضبط حالة المضيقين وذلك احتراس امر به كثير من الاطباء المولدين حتى ان دوت عرف الجس بانه البحث باتنباه فى جميع الاجزاء التى تخدم للتناسل او للولادة وفى اجزاء الجنين بواسطة الاصابع او اليدين عارية او حاملة للآلات وقال دولاموت ان الولادة تكون فى الغالب غير ممكنة اذا لم يمكن ادخال اليد مطبوقة فى المضيق العلوى وقال بعضهم ان الحوض الذى ضيقه يمنع اليد ان تدخل كلها لا يمكن خروج الجنين منه حيا انتهى ولاجل الانتفاع بهذه الواسطة حسب الامكان ينبغى ان يعرف الطبيب المولد من قبل جميع ابعاد يده اى اقطارها بالضبط اعنى طول سبابته الى مجمع الوسطى واصل الابهام ممتدا ثم منثنيا وان يعرف الدائرة والاقطار لها اذا كانت مطبوقة وان يعرف السعة التى يقاس بها اعظم تباعد ممكن لكل اصبع

فبواسطة الاصبع او اليد تعرف انواع عيوب الحوض مهما كان محلها وطبيعتها ودرجتها واستقامة العجز او افراط تقوسه والاورام العظمية وبقية الاورام مهما كانت والاقطار المستعرضة كالمقدمة الخلفية ايضا واذا ضغط ببعض قوة على رأس العصعص امكن ان يعرف ما يمكن ان يكتسبه القطر العصعصى العانى بانقلاب هذا العظم الى الخلف ومن اعترض بان الاصبع قد لا يكفى طوله للوصول الى زاوية العجز لم يتنبه الى ان الحوض الذى لا يمكن ان تمس فيه السبابة النتو البارز يكون بسبب ذلك زائد الاتساع بحيث لا يحتاج الطبيب لان يفتش على ازيد من ذلك

هذا ومع ذلك قد يعسر جدا ان يميز الحوض المشوه من غير المشوه وقد لا يمكن في بعض الاحوال ان يعين بالضبط طبيعة كل عيب على حدته ودرجته فلذلك اخترعت القابلة بوافين آلة توصل الى نتايج صحيحة وسمتها المقياس الباطن للحوض وهي من حيث ان شعبتيها يوضعان منفصلين عن بعضهما احدهما في المستقيم والاخر في المهبل او على العانة يمكن ان تستعمل في الابكار وفي الثيبات الحوامل وفي جميع ادوار الولادة ويمكن استعمالها ايضا لمعرفة الاقطار المنحرفة والمستعرضة وبتغيير فرعها المهبلي يفعل بها بسهولة ما يفعله بركار السمك اى الثخن لكن قال المؤلف وعندي يقين انه لا ينال بها قياسات زائدة الصحة

وذكر بوزوس ان عملية البحث غير نافعة وانه يكفي ان يكون مع المرأة لين العظام او تعقد او زوغان في السلسلة لتمنع من التزوج وهذا غير صحيح فاننا كثيرا ما شاهدنا نساء حوضهن مشوه التكون وولدن اولادا كبارا اقويا

(التعليم الثاني)
(في اعضاء التناسل)

اعضاء التناسل في النساء كما في الرجال جزء منها محوى في الحوض وجزء خارج عنه

(الباب الاول)
(في اعضاء التناسل الظاهرة)

اعضاء التناسل الظاهرة هي جبل الزهرة والفرج والعجان وهي توابع للاعضاء الباطنة ففعلها في الوظيفة الكبيرة التناسلية تابعي اى ثانوي الا انها عند اندفاع الجنين تكابد تغيرات وتكون معرضة لاخطار فلذلك كانت معرفتها نافعة للطبيب المولد

(القسم الاول)
(في الحالة الطبيعية لتلك الاعضاء)

الفصل

(الفصل الاول)
(فى جبل الزهرة)

جبل الزهرة ارتفاع مكون من الاجزاء الرخوة التى تغطى مقدم العانتين والاصول المركبة له فى الحقيقة هى الشحم والخيوط الليفية والمنسوج الخلوى وهو فى النساء السمان يكون احيانا مفصولا عن البطن كما فى سن الطفولية ايضا بشق مستعرض عميق والبروز المكون له يختلف ايضا باختلاف ارتفاع العظام الحاملة له بالمختلفة ايضا باختلاف الاشخاص والجلد المغطى له سميك مرن قليل التمدد مغطى فى البالغات بشعر ويحتوى على كثير من اجربة دهنية وجميع ذلك يشبه وسادة منفعتها على رأى كثير من المؤلفين تتعلق بالجماع وتأليف جبل الزهرة يوضح جيدا الاوجاع الشديدة التى تصاحب التهاباتها الفلغمونية ويفهم منه كثرة الاهتمام بسرعة فتح الخراجات التى يكون مجلسا لها

(الفصل الثانى)
(فى الشفرين الكبيرين)

الشفران الكبيران ثنيتان جلديتان كانهما ناتجتان من التفرع السفلى لجبل الزهرة وهما يأخذان فى التباعد عن بعضهما شيأ فشيأ الى وسط طولهما ثم يتقربان الى ان ينضما قرب الشرج باصبع فلهما مجمعان احدهما علوى او عانى والاخر سفلى او عجانى ووجههما الوحشى مكون من جلد الفخذ فهو مجاور له ومغطى بشعر كالعانة فى البالغات ووجههما الباطن يجاور فوهة الفرج وهو املس نقى من الشعر ولونه وردى ويشاهد فيه اجربة دهنية او مخاطية كثيرة وينبغى للطبيب المولد ان يعرف ان المادة الاتية من تلك الاجربة يمكن ان تصير حريفة مهيجة بحيث تولد سيلانا كثيرا ما ظنوه مادة بلينوراجية خصوصا فى النساء الوسخات

وسمك الشفرين الكبيرين فى البنات الصغار من الاعلى اعظم من الاسفل اما فى النساء اللاتى ولدن اطفالا فبالعكس غالبا وهما قبل البلوغ ايضا قريبان

ابعضهما وفيهما كثافة عظيمة وبعد التزوج يتباعدان ويصيران من ثخينين
من رقيقين ويفقدان انتظامهما
وهما مكونان كجبل الزهرة ماعدا الجلد والغشاء المخاطى من منسوج خلوى
خيطى وشحم وشرايين واوردة واوعية لينفاوية واعصاب وهما مثله ايضا
محل للالتهابات المصاحبة لآلام شديدة تستدعى المبادرة بفتح الخراجات التى
تكون هنالك مع الاحتراس عن الغور بالالة غورا عميقا حذرا من تكون
النواصير وهما الكون منسوجهما اكثر رخاوة من منسوج جبل الزهرة وانهما
معرضان لاحتكاك كثير قد يتكون فيهما تجمعات صديدية اوانصبابات
دموية او مصلية اوغير ذلك بحيث يمكن ان يكتسبا حجما عظيما
اوهذان الشفران قد يصيران ايضا مجلسا للفتوق او اورام اخر ينبغى ان لا تشتبه
بالاورام السابقة والشق المحدود بهما ويكون على اتجاه القطر العصعصى
العانى يسمى بالفرج واما مجموع الاجزاء التناسلية الظاهرة فتسمى بالحياء وربما
اطلق عليها اسم الفرج ايضا وهذا الشق يحتوى على اشياء كثيرة وهى
من الاعلى الى الاسفل الشفران الصغيران والبظر والدهليز والصماخ البولى
وفوهة الفرج وغشاء البكارة والحفرة الزورقية والشوكة

(الفصل الثالث)
(فى الشفرين الصغيرين)

سميا بذلك لانهما اصغر من السابقين وهما يشبهان عرف ديك صغير وكل منهما
ناشئ بفرعين يتصلان بقلفة البظر وينزلان متباعدين حتى ينتهيا نحو وسط
طول الكبيرين فى محاذاة فوهة المهبل وقوامهما متين ولونهما محمر ووجههما
الوحشى يجاور الوجه الانسى للكبيرين والانسى يجاور الصماخ البولى
ومدخل المهبل وحافتهما العليا ملتصقة والسفلى سائبة محدبة وهما مكونان
من ثنية غشائية طبيعتها مخاطية رقيقة قوية الحساسية ومن منسوج
انتصابى اواسفنجى مشابه لمنسوج الاجسام المجوفة فى الرجل مشابهة تامة
ومن غدد واوعية واعصاب وفى ابتداء ازمنة الحياة يجاوزان غالبا محاذاة

الشفرين

الشفرين الكبيرين وفى الصغار الابكار بالعكس اى ان الكبيرين يخفيان الصغيرين وفى النساء اللاتى ولدن اولاد ايبرزان من جديد لكن مع ذلك يفقدان كثافتهما ولونهما الوردى وهنالك بالنظر لذلك تنوعات كثيرة فتارة لا يتغير منظرهما وتارة يكتسبان طولا عظيما اما فى جميع سعتهما او قرب طرفهما الخلفى فقط وهذه الضخامة التى هى طبيعية فى بعض الاحوال تكون فى الغالب عارضية بل قد تعظم جدا بحيث تتعب الجماع ويضطرون غالبا القطعها وفى بعض الاقاليم يكونان كبيرين جدا طبيعة كما فى بلاد الفرس والترك والسودان ولذلك يقطعونهما غالبا

وقد تكلموا ايضا على ثنية مخصوصة تسمى فوطة هوتنتوت وذكروا لها شروحا مختلفة وفى الواقع هى امتداد من الشفرين الصغيرين وهى لا توجد عند الهوتنتوتيين المتمدنين وانما توجد على الشواطئ المتوحشة حوالى رأس الرجا واتفق ان امرأة منهم جاءت لباريس وشوهد فيها ذلك فكان طول شفريها الصغيرين جملة قراريط مع ان الغالب كونه من ثلاثة خطوط الى اربعة ومنفعة هذين الشفرين غير جيدة المعرفة والاقدمون قالوا انهما يوجهان سلسول البول والمتأخرون زعموا انهما ينبسطان ويذهبان مدة الولادة بحيث يعينان على توسيع الفرج وهذا لا اصل له ويقال ايضا انهما يتمتعان بحساسية عظيمة فمنفعتهما زيادة لذة الجماع

(الفصل الرابع)
(فى البظر)

البظر حدبة شبهها بعض المؤلفين بالغلصمة وهو كقضيب صغير يميز فيه طرف سائب مستدير على شكل حشفة وجسم يرتبط باصلين فى الفرعين الوركيين العانيين لكنه غير محفور بقناة كقضيب الرجل ويغشيه ثنية من الجلد تخدم له كقلفة وتذهب حتى تفنى فى الشفرين الصغيرين الذى يكون ذلك البظر كاصل لهما وفى الاشهر الاول من الحمل يكون البظر فى الجنين طويلا كبير الحجم كقضيب وبعد الولادة يكون فيه كبر ايضا لكن بعد ذلك ينقطع نموه او يتناقص

بحيث يكون عند البلوغ غالبا من اربعة خطوط الى ثمانية وقد يكتسب فى بعض النساء نموا عظيما فقد شوهد طوله من قيراط الى خمسة وحينئذ فيشتبه بقضيب الرجل وهذه الهيئة عظيمة الاهتمام ايضا فى شئ آخر وهو ان النساء اللاتى معهن ذلك يكون لهن بعض صفات تبعدهن عن الالحاق بكل من الصنفين فتكون اثداؤهن قليلة البروز وسحنتهن كالرجال ولهن لحية وميل الى الاشغال التى لا تناسب النساء ويكن طويلات ويملن للتساحق مع مثلهن وبالاختصار هن اللواتى حصل فيهن كلام طويل وسموهن بالخنثى المشكل

والتركيب الخاص للبظر يستدعى انه عند الجماع يتراكم فيه الدم فينتفخ ويحدث فيه انتصابا والغشاء الرقيق المغشى له من حيث ان طبيعته من طبيعة غشاء الشفرين الصغيرين يوجب ذلك يكون كثير الحساسية يفيد انه هو المحل الرئيس للذة وهو قد يكون محلا لبعض آفات مرضية وطرفه يمكن ان يتحول الى كتلة ليفية شرحها بعضهم بشرح مخصوص ولما كان افراط نموه قد يتعب فى الجماع ومنفعته قليلة عمل فيه القطع وقد شوهد بلوغه فى النمو تسعة ارطال وعملت له عملية القطع بنجاح

(الفصل الخامس)
(فى الدهليز)

هو محدود بالبظر والوجه الباطن للشفرين الصغيرين والصماخ البولى فهو مسافة صغيرة مثلثة مضغوطة تطابق الجزء الارفع من التقوس العانى ومنه اوصى صبلسوس ولبسفرن بالنفوذ الى المثانة لاستخراج الحصاة من النساء وليس له وظيفة مخصوصة فى التناسل ويزول وينجذب الى الخلف مدة الحمل

(الفصل السادس)
(فى قناة مجرى البول)

يشاهد تحت الدهليز فتحة مجرى البول ويقال لها الصماخ البولى وتحيط بها حوية يشاهد فيها افوهات ظاهرة لبعض غدد مخاطية وفى مدة الحمل ينجذب

هذا الصماخ لباطن الحوض فتعسر في الغالب مشاهدته ولا تنفصل تلك الفتحة عن المهبل الا بالحدبة البارزة التي ينتهي بها العمود المتوسط المقدم له وبواسطة هذه الحدبة يمكن ان يجس بعض النساء بدون تعريتهن لكن بشرط الاعتياد والممارسة فالاصبع يكفي لتمييز تلك الحدبة وتوجيه الجس * ومجرى البول في النساء عريضة مخروطية فهي اوسع من مجرى القضيب في الرجال طولها من اثني عشر الى خمسة عشر خطا وتمتد من الصماخ البولي الى عنق المثانة وهي قليلة الانحناء جدا واتجاهها افقي مدة فراغ الرحم ثم في اواخر مدة الحمل تصير عمودية وهذه الحالة مهمة المعرفة في ادخال القاثاطير وليس لها كما في الرجال بروستاتا ولا بصلة وجدارها السفلي يختلط مع الجدار المهبلي المقدم ويحصل فيه رض وانهراس او تمزق عند الولادة اذا لم يبق عادة في طرف النتوء العاني مسافة خالصة ضيقة يمكن ان تسكن فيها القمحدوة او الجبهة او الحدبة الجدارية من الجنين واتجاهها وقلة طولها وكذا انبساطها وعرضها توضح سهولة جسها بالقاثاطير وندرة تكون الحصاة في النساء بل والتلقيح في بعض الاحوال التي لا تنفتح فيها الرحم الا في المثانة واتفق في حالة ذكرها فلامان سهولة دخول الاصبع فيها وكان المهبل منسدا بغشاء البكارة والمرأة حبلى واتفق في امرأة اخرى ان الرحم كان معدوما وانتهى حال المجرى بان تيسر فيها الجماع

(الفصل السابع)
(في غشاء البكارة)

فوهة المهبل واسعة غير منتظمة في النساء اللاتي ولدن اولادا وتكون اكثر استدارة مختلفة الاقطار ايضا في المتزوجات اللاتي لم يلدن وتكون متضايقة بغشاء البكارة في الابكار

وهذا الغشاء ثنية توجد دائما اذا لم تتلف بعارض في البنات الصغار ويظهر انها توجد في بعض الحيوانات كالقسانيس والدب والارانب وغير ذلك وربما وجد ايضا في الطرافة والجبر والفرسلن

(المبحث الاول)

(فى شرح هيئة ذلك الغشاء)

هو شبيه بهلال حافته المقعرة الحادة ملتفتة الى الامام فيوجد له حينئذ طرفان يمتدان احيانا الى محل اتصالهما بمجرى البول ليكونان صماما حاقيا عرضه يتناقص كلما قرب للصماخ البولى وهو يتصل بحافته المحدبة مع الغشاء المخاطى للمهبل والفرج ويمكن ان يضيق مدخل القناة الفرجية الرحمية بدرجات مختلفة بل قد يسدها بالكلية ودائرته دائما تضيق من الخلف الى الامام قال المؤلف وقد وجدت فيه الياف اعضلية متصالبة كما فى الرحم فكان سميكا مرنا زائد النمو وفيه مقاومة واحيانا وجدته رقيقا شفافا كغلالة سهلة التمزق والغالب انه يكون اسمك فى الزمن الاول للحياة منه فى بقية ازمنتها وشكله فى المولودين جديدا ولونه الوردى ورخاوته كالشفرين الصغيرين

وكانت العامة سابقا يعتبرونه كخاتم للبكارة بل كان كذلك عند الاطباء الشرعيين وارباب الاحكام والاقضية فيحكمون على النساء الخاليات من ذلك بالذنب والفحش ويرتبون على ذلك احكاما وقصاصا كما رأوا ما الآن فقد عرف ان هناك اسبابا اخر غير الجماع تتلف هذا الغشاء فليس الجماع وحده هو المتلف له فقد شوهد تلفه اذا كان رقيقا ادقيقا عريضا من الحركات العنيفة ومن انبساط الرجلين ومن تهيج فى الغشاء او تمزق ومن مجيء الطمث فاذا كان سميكا عضليا مرنا غيرانه ضيق لم يتأثر من الجماع بل ربما بقى الى الولادة فان كان عريضا مقاوما وسادا للمهبل كلا او بعضا ربما منع سيلان الطمث ونسبب عن مسك الدم فى باطن المهبل والرحم عوارض ثقيلة وذكر سيلى ودانيمان امثلة من نساء فيهن تلك الهيئة ونتج منها الاعراض العامة للحمل ورجعت لهن صحتهن وحالتهن الاعتيادية بشق ذلك الغشاء فخرج الى الخارج الدم الذى كان مالئا لتلك الاعضاء قال المؤلف وقد شاهدت امرأة سنها اثنتان وعشرون سنة وغشاء بكارتها منعها من ان تجامع ورايت ايضا مثل ذلك

فى رمة امرأة سنها نحو اربعين سنة وجومعت زمناطويلا من زوجها ولكن لم يحصل لها اولاد ومع ذلك فالقاعدة العمومية ان غشاء البكارة يتمزق من اول جماع يحصل ويعقب ذلك التمزق الم تختلف شدته وسيلان دم قليل فى بعض الاحيان ومتى تمزق انقبضت اهدابه ونشأ من ذلك حدبتان او اكثر تسمى بالنعيمات الآسية اوالوريقات

(المبحث الثانى)
(فى اصنافه)

اصناف هذا الغشاء ترجع الى ستة * اولا انه حالة كونه نصف دائرة يمكن ان يكون ثنية ضيقة صلبة بحيث يمكن الجماع بدون ان تتمزق وهذا النوع كثير الوجود وثانيا انه اذا كان هلاليا قرب كثيرا اوقليلا لمجرى البول بحافته المقعرة بحيث لايضيق مدخل المهبل الامن الخلف فالجماع حينئذ يمزقه غالبا بل دائما وثالثا انه قد يكون دائرة حافتها السائبة ارق من الاخرى ويكون مشرفا وفيه فتحة تارة تكون مستديرة وتارة يكون فيها بعض طول لكنه عموما يكون اقرب للجدار المقدم من الجدار الخلفى رابعا ان يكون على شكل قرص او حجاب حاجز تام مثقوب عادة بعدد كثير من ثقوب صغيرة وتارة لا يوجد فيه ثقوب خامسا انه بدل ان يكون صماما بسيطا اودائرة يشاهد فيه شبه لجام او حبل صغير منبت تحت مجرى البول وعلى الحافة المقعرة للغشاء نفسه وسادسا يوجد احيانا غشاء ثان فوق الاول ببعض خطوط وامثلة ذلك فى كتب المؤلفين كثيرة لاحاجة للاطالة بذكرها

(المبحث الثالث)
(فى شقه)

اما شق هذا الغشاء فيلزم للنساء اللاتى صرن حبالى مع بقاء هذا الغشاء ويعمل ذلك الشق فى مدة الحمل اوزمن الطلق وقد يشق ايضا قبل التزوج ليعطى منفذا لدم الطمث ويكون ذلك الشق الزم كلما كانت اعانة هذا الغشاء على ثقب العجان اوامساك الطمث اكثروهو يعرض لآلام اذا فعل لاجل الولادة

وفى مدة الحيض ولاحتباس البول ولآلام مدة التبرز ولتشنجات ومن حيث انه يعقبه احيانا عوارض ثقيلة بل الموت ايضا فى حالة احتباس الحيض كان الاحسن فعله فى سن الطفولية لكن من الخطا ان يقتصر فيه على شق بسيط كما اوصى به بعضهم وانما يلزم ان يكون صليبيا حذرا من رجوعه لحالته الاولى كما شوهد ذلك ثم يدخل فى الجرح فتائل لتندمل كل شفة على حدتها

(الفصل الثانى)

(فى اللحيمات الاسية او الوريقات)

ظن كثير من الفسيولوجيين ان هذه اللحيمات اعضاء مخصوصة غير متعلقة بغشاء البكارة وبنوا ذلك على انها قد توجد مع كون الصمام المهبلى سليما فليس لعددها وموضعها عندهم توضيح غير ذلك والرأى المخالف لذلك الخارج الا ان المتمسكين به لم يردوا رأى مخالفيهم بدليل قوى يمنع الشك قال المؤلف وقد فتشت على سبب هذا الاختلاف واظن انى عثرت عليه وذلك ان الوريقات الاربعة التى تشاهد عموما فى مدخل المهبل وتقابل الاطراف الاربعة للقطرين القائم والمستعرض لهذه الفتحة ثنتان منها اعنى التى تجاور الصماخ البولى والتى هى امام الشوكة ينسبان للعمودين المتوسطين من المهبل والاخريان وحدهما هما بقايا غشاء البكارة فالاوليان يوجدان اذن حتى فى الابكار والاخريان لا يوجدان الا بعد الجماع فمن الواضح ان هاتين الاخريين اعنى الوريقتين الجانبيتين يلزم ان يختلفا فى العدد والحجم والوضع على حسب كون غشاء البكارة تمزق الى هدبين او ثلاثة او اربعة وبكيفية متساوية او غير منتظمة فى اى جهة كان وعلى حسب اختلاف سمكه وعرضه وهما اللتان يشوهان من الولادة بل قد يزولان ايضا بخلاف الوريقات المتوسطة فانها تعظم عن ذلك ولا تزول بالتقدم فى السن

(الفصل التاسع)

(فى الجعان والحفرة الزورقية والشوكة والمجمع)

اما الحفرة الزورقية فتشاهد بين الجمع العجانى للفرج اى مجمع الشفرين الكبيرين والحافة المحدبة لغشاء البكارة اى النصف الخلفى من دائرة الفتحة الظاهرة المهبلية واما الشوكة فكونة للحافة المقدمة منها ولا ينبغى اختلاطها بحافتها المؤخرة التى هى المجمع والغالب ان الشوكة تتمزق فى الولادة الاولى بمرور الجنين والحفرة الزورقية تزول حينئذ بدون ان ترجع

والعجان فاصل بين الفرج والشرج وطوله قيراط اوقيراط ونصف وفى وسطه بيرخط بارز يسمى العضرط والجلد مكون لمسطحه السفلى واذا حلق الشعر المغطى له نتج من ذلك احيانا بواسطة الاحتكاك آلام شديدة ثم تحت الجلد اعنى بينه وبين المحل الذى يتلامس فيه المستقيم مع المهبل توجد مسافة مثلثة مملوءة بالياف لحمية وبمنسوج خلوى وشحم واعصاب وعروق وتلك المسافة لكونها اجزاء من العجان تطول جدا مدة الطلق بحيث تبلغ اربعة قراريط او خمسة وقت اعظم ضغط للرأس عليها مع انها تكون فى الحالة الاعتيادية قيراطا واحدا واظن انه لا بأس بذكر بعض كلمات فى الاقطار التقريبية للاجزاء التى ذكرناها على حسب ما ثبت من مشاهدة المؤلف بدون اعادة لما قلناه فى هيئة الاجزاء التى يتركب منها عجان المرأة فاولا من الجزء العلوى للعانة الى البظر قيراطان ونصف وثانيا من المجمع المقدم للفرج الى الشرج ثلاثة قراريط ونصف وثالثا من البظر الى المجمع الخلفى الذى فى الفتحة الفرجية للمهبل اصبع ونصف ورابعا من المجمع الخلفى للفرج الى رأس العصعص ثلاثة اصابع وخامسا من العصعص الى الشرج ثمانية عشر خطا تقريبا وسادسا من الشرج الى الفرج خمسة عشر خطا

ومن النافع ايضا ان يعرف ان العضلة العاصرة للمهبل المشابهة للعضلة البصلية الجوفية فى الرجل محوية فى سمك الشفرين الكبيرين وتكون فى بعض النساء قوية جدا بحيث تنقبض بقوة عظيمة مدة الجماع فتضيق فتحة المهبل تضايقا شديدا وان الشريان الصغير الحجم الموجود فى الاجزاء المجاورة وهو الشريان الاستحيائى بعيد نحو دائرة المضيق السفلى فبموجب ذلك

لا يكون النزيف هو السبب فى الخطر الذى يمكن حصوله من تمزق هذا القسم

(القسم الثانى)
(فى الحالة الغير الطبيعية لتلك الاعضاء)

قد يكون جبل الزهرة زائد البروز او الانخفاض او الطول وكل ذلك يدل على عيوب فى الحوض وقد تعظم الحوية التى تحيط بالصماخ البولى بحيث تبرز خارجة عن الشفرين الكبيرين فحينئذ يتعين كشطها او قد تعظم الزوائد الآسية جدا بحيث يضطر لكشطها اغيران هذا يكون على سبيل المرض العارض وقد تكلمنا على النمو الغير الاعتيادى للبظر والشفرين الصغيرين والطول الخارج عن العادة لتلك الاجزاء فى بعض القبائل ونقول الآن انه شوهد عدم وجود الشفرين الكبيرين بالكلية وقد يكونان قصيرين جدا او طويلين جدا واحيانا شوهد التصاقهما ببعضهما فى جزء من سعتهما او فى جميعها وامثلة ذلك فى كتب المؤلفين كثيرة وسيما مشاهدة ذلك فى بلاد الفرس والترك بل وفى معظم الافريقية والسودان الذين اعتادوا على فعل ذلك الالتصاق فى بناتهم بالادماء والخياطة مع ان ذلك قد لا يمنع الحمل متى كان هنالك منفذ ولو ضيقا للدخول المنى فانه عرف بالاوربا قصة بنت رومية كان فرجها مقطب الجرح صلب الالتحام وكان يظن حمايتها عن الحمل فقربت نفسها للجماع فحملت قهرا ومن اسباب ذلك ما اتفق ان هذا العيب حصل من ركض طويل على حمار ومن ولادة شاقة وقد شوهد فرجان فى بنت صغيرة احدهما فوق الاخر ويصح ان يقال ايضا اذا كان المهبل مزدوجا انه يوجد فرجان جانبيان وقد يحصل مثل هذا العيب ايضا فى الشفرين الصغيرين وحصول ذلك من مرض مكتسب اكثر من حصوله من عيب اصلى فى التكون واتفق عدم وجودهما اصلا وشوهد ايضا ثلاثة اشفار صغيرة وقد تطول الاشفار الصغيرة حتى تجاوز الكبيرة

(الباب الثانى)
(فى الاجزاء الباطنة)

الاجزاء

الاجزاء الباطنة للتناسل فى النساء هى الرحم والمهبل والبوقان والمبيضان والاربطة التابعة لهما

(القسم الاول)
فى الحالة الاعتيادية لتلك الاجزاء

(الفصل الاول)
(فى الرحم)

الرحم كتلة مجوفة معدة لان تحتوى على البذرة مدة الحمل وتقذفهما عند الولادة فتكون هى العضو الرئيس للعمل لا للتناسل خلافا لكثير من المؤلفين وهى موضوعة فى تقعير الحوض خلف المثانة وامام المستقيم واسفل الامعاء الدقاق وتتصل من الاسفل بالمهبل وتكون فى حال فراغها موضوعة فى اتجاه محور المضيق العلوى

وشكلها كمثرى مفرطح او مخروطى مقطوع مضغوط من الامام الى الخلف وقاعدتها مائلة الى الاعلى وطرفها الى الاسفل والشريط القائم الذى زعم لوفريت انه يشاهد غالبا فى ظاهر الرحم وكانه يقسمها الى قسمين متوازيين لا يوجد فى الحقيقة الا نادرا خارجا عن العادة ولتصور ظاهرات الحمل ينقسم الرحم انقساما اصطلاحيا الى قعر وجسم وعنق فالقعر او العمق يشمل جميع ما يوجد اعلى الخط الافقى الذى يمر من احد البوقين الى الاخر والجسم يمتد من هذا الخط الى المضيق الذى يشاهد فى اصل العنق والعنق فيه انتفاخ ويقوم منه الجزء السفلى للعضو

(المبحث الاول)
(فى سطحها الظاهر وبوزطنشيا)

سطحها الظاهر * يميز على السطح الظاهر للرحم اولا قسم مقدم قليل التحدب مغطى نصفه العلوى بالبريتون والباقى منه يلامس قعر المثانة وثانيا قسم خلفى اكثر تحدبا من السابق وسعته كلها مغشاة بالبريتون وهو منفصل عن المستقيم بمسافة اى حفيرة يمكن ان تحتنق فيها الامعاء وثالثا ثلاث حوافى

احداهما عليا محدبة ملساء تحاذى العمق اى القمر والاخريان جانبيتان محدبتان فى نصفهما العلوى ومقعرتان من الاسفل وكانهما يفنيان فى الاربطة العريضة ورابعة ثلاث زوايا اثنتان علويتان جانبيتان يوصلان الحوافى الثلاثة ببعضها وكانهما يولدان البوقين واربطة المبيض والاحبال العانية العليا والثالثة سفلى وتشاهد فى اعلا المهبل ويهتم بها اكثر من الاوليين لانه يوجد فيها فوهة على شكل شق تقسمها الى شفتين فتسمى تلك الزاوية لذلك بوزطنيشيا (سمك يسمى جنسه شبرينوس وفى مصر بالقنوم) فتسميها ايضا بوز القنومة والمقدمة من هاتين الشفتين اسمك من الخلفية واعرض منها قليلا واطول ولكن من حيث ان المهبل يصعد الى الخلف اكثر من الامام يظهر اذا المست امر انما تباه ان الشفة الخلفية اطول من المقدمة وتلك الخصوصية تسبب الغلط الذى وقع فيه كثير من القوابل حيث قالوا ان الشفة المقدمة اقصر من الخلفية بل وارق منها ولاجل تحقيق الطول النسبى لشفتى العنق يكفى ان تفصل الرحم من مبتة عن المهبل فيشاهد حينئذ ان الشفة الخلفية ارق واضيق واقصر من اختها لكن هذا الاختلاف لا يكون فى الحقيقة محسوسا الا فى النساء اللاتى ولدن اولادا ولما ما ادعاه لوفريت من ان هذا الاختلاف انما هو فى البنات الصغار وان العلوق يذهبه والولادة تطيل على الخصوص الشفة الخلفية فغلط وبالاختصار ينبغى لموافقة ما قلناه ان لا يشتبه العنق نفسه بشفتيه فطول الاول الى الخلف لا يمنع كون خلقته المقدمة اطول وهاتان الشفتان فى البنات اطول مما فى غيرهن ويعسر عند اللمس بالاصبع ان يحس فيهن بالشق الخيطى الذى يفصلهما عن بعضهما لكنه اذا علم ان الاحساس الناتج من ملامسته يشبه الاحساس الذى يستشعر به اذا وضع بطن الاصبع على فص الانف سهل بذلك تمييزه ومع ذلك قد يوجد احيانا بدل الشق الضيق فوهة مستديرة وظن دبرزموس ان ذلك يوجد على الخصوص فى النساء العقيمات قال المؤلف وهذا رأى يحتاج لاثبات جديد فانى قد شاهدت عكس ذلك وينبغى ان يحترس من اشتباه الشكل المستدير

المذكور بالشكل الذى كثيرا مايشاهد فى بعض ادوار الحمل فى النساء اللاتى ولدن اولادا مع ان التحرز من ذلك الغلط قد يكون احيانا عسرا والنساء اللاتى لم يلدن تكون شفتا بوز القنوة فيهن ملساوين منتظمتين كثيفتين وان كانتا ايضا سلستين وجميع العنق ينتهى بطرف مدبب امابعد تكرر الولادة فيكون الشق اعرض واقل استواء والشفتان اكثر تباعدا عن بعضهما باطرافهما السايبة وتكون المقدمة اطول ومنتهية غالبا بطرف حاد ويوجد فيهما تحببات ونتوات تشاهد ايضا على الشفة الخلفية وتنفصل عن بعضها بميازيب تختلف فى العمق والعدد خصوصا من اليسار ومع ذلك لاتثبت هذه الهيئة الاخيرة حصول الحمل مرات كثيرة نظرا الى ان كثيرا من الامراض قد تحدث شبهها ويلزم ايضا ان يعرف ان الحالة المقابلة لذلك تدوم فى بعض النساء بعد الولادة مرارا خلاف الموالوف ومن ذلك ماشاهدت فى امرأة كانت فى سابع حمل لها فكانت الزاوية المهبلية للرحم اكثر انتظاما منها فى اخرى لمستها الاجل المقابلة بينهما وكانت الثانية فى اول حمل لها

(المبحث الثانى)

(فى سطحها الباطن)

السطح الباطن للرحم يسمى ايضا تجويف الرحم والقوابل يقسمونه الى جزء علوى ويسمى تجويف الجسم وجزء سفلى ويسمى تجويف العنق

تجويف الجسم * هو مثلث وجدرانه لاتنفصل من بعضها فى الحالة الطبيعية الابطبقة سميكة من جسم مخاطى ويوجد فيه احيانا على الخط المتوسط من الامام والخلف شبه عرف يجتاز جميع طوله وترجع اليه خطوط منحرفة اومستعرضة وجوانب هذا التجويف كعمقه ايضا تقرب للاستقامة واحيانا تكون محدبة قليلا فى البنات الصغار واما بعد الولادة فتبقى غالبا مقعرة جدا وزاويتاه العلويتان يتصلان باصل البوقين ويكونان احيانا على هيئة قمع وزاويته السفلى تسمى بالفتحة العليا او الفتحة الرحمية او الباطنة للعنق وتوصل تجويفى الرحم ببعضهما

تجويف العنق * شكله بيضاوى طوله من اثنى عشر خطا الى خمسة عشر وعرضه من خمسة الى ستة فى جزئه المنتفخ ومن خط الى اثنين من الامام الى الخلف

ويشاهد على جداريه خصوصا الخلفى ثنيات اوخطوط يظهر انها اتصال مما يوجد فى الرحم نفسه الا انها اكثر نموا والعرف المتوسط الذى هو اكبر حجما من غيره وابرز فى الوسط منه فى الطرفين يظهر كانه مكون من تقارب وريقات صغيرة كثيرة ثانوية منضمة ببعضها

والخطوط المستعرضة كلها منحرفة من اعلى الى اسفل ومن الجوانب نحو الخط السابق الذى تنتهى فيه على هيئة انتهاء وبريشة فى ساقها المتوسط وهى مقعرة قليلا من الاعلى فلذلك تترك بينها ميازيب عميقة يوجد فيها دائما اجربة مخاطية كثيرة واحيانا حويصلات صغيرة مستديرة شفافة على هيئة ديدان وكانوا سابقا يعتبرونها نطفا ومكثت مدة طويلة مسماة ببيض نابوث واعمق من ذلك اعنى تحت هذه الشبكة التى يقوم منها ما يسمى شجرة الحياة توجد شجرة اخرى تختلف قليلا عن السابقة وهذه نتكلم عليها عند ما نتكلم على تأليف العضو وفى المحل الذى ينضم فيه الجداران وتختلط فيه الخطوط المستعرضة يشاهد ايضا خطان مستطيلان

والفتحة العليا للعنق ذكرنا انها تسمى بالفتحة الرحمية فلا حاجة لذكرها هاهنا ثانيا واما الفتحة السفلى فهى التى تفصل شفتى بوز القنومة عن بعضهما ومن حيث انها تنفتح فى المهبل يصح ان تسمى الفتحة المهبلية

(المبحث الثالث)

(فى اقطار الرحم)

الرحم فى النساء اللاتى لم يلدن يقاس من الجزء الابرز من عمقها الى طرف الشفة المقدمة للعنق فالقدر الاوسط يكون من ستة وعشرين خطا الى ثمانية وعشرين ومن يوق الى آخر من سبعة عشر الى عشرين ومن الامام الى الخلف فى اسمك جزء منها من تسعة الى احد عشر وفى العنق من عشرة الى اثنى عشر

خطا يا

خطا بالعرض ومن خمسة الى ستة من الامام الى الخلف ومن ثمانية الى عشرة بالعرض فى محل تضايقه واربعة خطوط فى سمك هـذا المحل نفسه وكل من جدران الرحم يكون سمكه اربعة خطوط فى الجسم واثنان اوثلاثة فى العنق وشفتاها تبرزان فى المهبل على هيئة نتوء من خطين الى ثلاثة والشق الفاصل لهما تكون سعته مثل ذلك تقريبا اذا كان هنالك حمل

وبعد تكرار الولادة مرات يكون طول الرحم قيراطين ونصفا الى ثلاثة قراريط وعرضها من عشرين خطا الى اربعة وعشرين فى قعرها واعرض جزء فى عنقها يكون من خمسة عشر الى ستة عشر وسمك جسمها من اثنى عشر الى اربعة عشر وسمك عنقها من ثمانية خطوط الى اثنى عشر وسمك كل جدار عشرة خطوط والفتحة المهبلية تكون اعظم بالنصف فى الثيبات منها فى الابكار

والرحم فى الحالة الاولى تزن من ثمانية دراهم الى اثنى عشر وفى الحالة الثانية تكون فى العادة اوقيتين

(المبحث الخامس)

(فى تأليف الرحم)

هى مركبة من غشاء ظاهر وغشاء باطن ونسيج خاص واوعية كثيرة واعصاب ومنسوج خلوى

فاما الغشاء الظاهر فصلى آت من البريتون فاما من الخلف فينزل الى اسفل العنق ثم على الوجه الخلفى للمهبل واما من الامام فينعكس على المثانة بعدان يغلف القسم المقدم لجسم الرحم وقبل ان يصل الى عنقها وهو ملتصق جدا بما تحته ويقوى التصاقه كلما قرب الى الحافة العليا والى الخط المتوسط ويسهل عزله عن ما تحته اذا ذهب الى جهة الاربطة العريضة

واما الغشاء الباطن فلم يتفق جميع المشرحين عليه ولم يقفوا على حقيقته بالتشريح المفعول مع غاية الانتباه ولا بالتعفين ولا بالغلى ولا بالفاعلات الكيماوية ومن نفاه كشوسييه وغيره يقول انه قرب نهاية الحمل يكون غلالة

رقيقة من تكوين جديد لاغشاء طبيعيا وذكر بكلارانه يكون صفحة مخاطية تامة فقدت منها بشرتها اما في غير زمن الحمل فلا يمكن اثبات كونه مخاطيا قال المؤلف وقد وصلت في كثير من اللواتي متن حبالى او بعد الولادة بقليل الى اظهار اهداب متميزة حتى لولم يمكن عزلها بالالات لكفت المشابهة في تأكيد وجوده فان الاغشية المخاطية ذوات الخمل تجهز مادة مخاطية في حالة السلامة ومخاطية صديدية في حالة المرض ويظهر على سطحها البوليبوس والافراز الدموي وهذا السطح هو ما يظهر فيه ايضا المواد المخاطية المعروفة عند العامة بالسلوب زمن اشتغال الولادة والسيلانات الزهرية والاعتيادات الطمثية وغير ذلك وهذا يدل على ان باطن الرحم تم مثل هذه الوظائف ويكون موضوعا لمثل الامراض التي تصيب الاغشية المخاطية واذا رفضنا وجود غشاء مخاطي للرحم فلا اقل من ان نلتزم ان له سطحا مخاطيا يحتوي على اجربة مخاطية كثيرة سيما الجزء السفلي للعنق ويتصل من الاعلى بالغشاء المخاطي لبوقي الرحم ومن الاسفل بالغشاء المخاطي للمهبل

واما النسيج الخاص للرحم فزعم ويزال ان الرحم عضلية ثم تارة يقيمون ادلة على صحة ذلك وتارة على نفيه ولكن قبل ان يجزم باحتواء الرحم على نسيج عضلي او عدم احتوائه ينبغي ان نتأمل هل فيه صفات النسيج العضلي وان نعرف ايضا ان اللون الاحمر ليس ضروريا الوجود لهذا النسيج اذلا يوجد في عضلات الاحشاء والهوام بل ولا في الطبقة العضلية لامعاء الانسان وان المنظر الليفي ليس من خصوصياته اذ يوجد في الاوتار والصفاقات وغيرهما نعم لابد ان يوجد فيه قوة انقباض وان يحتوي على العنصر الليفي المسمى فبرين ومن جهة اخرى ينبغي ان يعرف ايضا ان البنية المسماة قبل ان تصل لنهاية تركيبها يلزم ان تكابد درجات مختلفة من النمو غير تامة الشكل وانها قد تبقى في بعض الاعضاء في حالة ابتدائية اي ابتداء نشأتها ولا تعرف الا بطريق العرض مثلا الطبقة الرتوية في الفيل نضج وجود الياف عضلية فيها

بخلافهما فى النوع البشرى فلا يوجد فيها شئ من ذلك الانادرا وكذلك المرارة
والمواصل المنوية وغيرها خالية من ذلك على رأى كثير من المشرحين لكن
اذا حصل فى تلك المواصل الضخامة العظمية المسماة ابيرطروفيا وتمددت
جدرانها بالطول التزم الشخص ان يختار وجود طبقة عضلية فيها كما قال
بذلك الاقدمون وشاهده المؤلف ايضا فالرحم قبل البلوغ انما هى عضلية
اصلية اى فى ابتداء نشأتها واذا كانت بعد البلوغ فارغة يكون تأليفها رسميا
اى ابتدائيا اما فى نهاية الحمل فلا ينازع فى طبيعتها الاصلية اذ من المعلوم ان
المنسوج الليفى المرن الاصفر الذى تتكون منه قاعدة الاربطة بين الصفائح
وبين الشوكة الفقرات تتكون منه ايضا لحمة كثير من الاعضاء الاخر وليس
هنالك عضو يوجد فيه ذلك بكثرة غير الرحم وهذا النسيج الخاص مأواه فى الوسط
فيخدم ممرا بين المجموع الخلوى والعضلى والكيماويون وجدوا فيه العنصر الليفى
قال المؤلف وقد رأيت محال مختلفة من الرحم تحولت الى منسوج انقباضى
وكل محل يحصل فيه ذلك تظهر فيه الياف لحمية عارضية وتوجد هذه الالياف
طبيعة فى بعض انواع الحيوانات فمن اراد دراسة منسوج الرحم حتى يعرف
اصله فليجعل ذلك مدة الحمل فانه حينئذ يكون احمر قابلا للانقباض مكونا من
الياف خلية تحتوى على مقدار كبير من العنصر الليفى وبالاختصار يوجد
فيه حينئذ جميع صفات المنسوج العضلى الزائد الوضوح

واما كيفية وضع الالياف فقال المتقدمون انها متشبكة بحيث لا يمكن تمييز
اتجاهاتها وقال بعض المتأخرين انها تجتمع خصوصا نحو عمق العضو فتتركب
منها عضلة مستديرة على هيئة قرص يلزم ان تكون وظيفتها فصل المشيمة عند
الولادة ويوجد الياف اخر نحو العنق لتعادل فعل الالياف الاول ولذلك
تمدد العنق ثم يزول بالكلية عند الولادة ويوجد عند بعضهم تلك العضلة المستديرة
اصلا للالياف المتشعبة التى تذهب نحو العنق او مركزا لجميع الياف الرحم
او انه يتكون منها جملة طبقات متصالبة باتجاهات متخالفة او انها صفيحتان
او عضلتان احداهما باطنة والاخرى ظاهرة وان هاتين الطبقتين ينقسمان

الى طبقات اخر كثيرة ثانوية وقيل ان تلك الالياف على هيئة عرى متوازية في محور الرحم او على هيئة دوائر موضوعة وضعا افقيا لجسم الرحم وعمقه مكونان من الالياف الاول واما العنق فاكثره من الالياف الثوانى وذكروا ايضا غير العضلتين المستديرتين عضلة ثالثة موضوعة بالعرض معدة لان تقرب جدران العضو لبعضها وشاهدت القابلة بوافين مسطحات لحمية اكثر مما شاهده غيرها اذ ذكرت اولا حزمة مستطيلة تشغل الخط المتوسط من الامام والخلف وتمتد من العمق الى العنق وثانيا على كل وجه للعضو وكل جانب لهذا العمود القائم ثلاث مسطحات من الياف مستعرضة تذهب حتى تفنى من الوحشية في البوقين واربطة المبيض والاربطة المستديرة والاربطة الخلفية وثالثا في عمق الزاويتين العلويتين للرحم مسطح مستدير مركزه مجاور لاصل البوق ويختلط متصالبا من الاعلى بمسطح الجانب المقابل له ورابعا قرب السطح المخاطي طبقة اخيرة ارق من بقية الطبقات واكد الحكيم غيران ما قالته هذه القابلة غير انه خالفها فى اشياء وهى ان الشريط المتوسط اذا وصل للعنق يتفرع فرعين ليتصالبا على الجوانب مع شريط القسم المحاذى له وانه يوجد تحت المسطح المشعع مسطح آخر الياف المنحرفة تتصالب ويتكون منها عضرط الخط المتوسط وتحت هذا المسطح مسطح آخر اليافه نصف حلقية ويتكون منها العنق والزوايا ومعظم البوقين وانه وجد ايضا اليافا لحمية حول الاوعية قال المؤلف وقد شرحت كثيرا من الموتى في ازمنة مختلفة من حياتهن فرأيت ان جميع ما ذكر قوى التأسيس وانه يمكن مشاهدته لا سيما في الوجه الباطن او اخر الحمل لينعلم مسطح الالياف المستديرة

وحاصل ما شاهدته في هذا الموضوع بالاختصار اولا يوجد تحت البريتون الطبقة الاولى وهى رقيقة كثيفة مرنة خلوية ليفية واحيانا تكون عضلية ليس لاليافها اتجاه ثابت ثانيا طبقة اسمك مما قبلها مؤلفة من الياف مستعرضة تنضم الى مسطحات مختلفة متراكبة كهيئة العضلات العاصرة للبلعوم وتتجه كلها الى الخارج وتنضم نحو النقط الاربعة الاصلية التى ذكرتها القابلة

الظاهرة بواقين اعنى نحو البوقين والرباطين المستديرين والمبيضين والرباطين
الخلفيين ثالثا اعمق من ذلك يوجد ايضا الياف مستعرضة غيران الالياف
المستطيلة والمنحرفة تتراءى على الخصوص فى العنق حيث تكون منها
هنالك قاعدة الغضون التى تشاهد على السطح الباطن للعضو وتختلط بالياف
مستديرة حقيقية . رابعا من الاعلى يشاهد زوائد منفرشة آتية من الالياف
المستديرة للبوقين ويتكون منها فى كل جانب قرص عريض مؤلف من دوائر
ذات مركز واحد

وقاعدة جميع هذه الالياف هو المنسوج الخلوى الليفى الاصفر المتحول الجوهر
المسمى فبرين واما المنسوج اللحمى فيظهر وينمو فى هذه اللحمة الاولية
كما فى الامعاء ومن حيث ان الرحم محتاجة لقوة عظيمة لا يتعجب من تضاعف
اليافها واختلاف اتجاهاتها المتضاعفة ايضا

واما الاوعية فيصل الى هذا العضو قسمان من الشرايين احدهما يسمى
الشرايين الرحمية الآتية من الشريان الخثلى فتدخل فى جوهره من جانبى عنقه
وثانيهما الشرايين المبيضية الآتية من الاورطى او من الشرايين الكلوية فتنسج
فى سمك الرباطين العريضين وبعضها يتوزع فى المبيض ثم اذا وصلت الى حوافى
جسم الرحم تتفرع فالتى من الجانب الايسر تتصالب مع التى من الجانب الايمن
والتى من الاعلى تتصالب مع التى من الاسفل وكلها فى غير زمن الحمل تكون
ضيقة جدا محوية فى وسط المنسوج التى تنسج فيه وتنثنى على نفسها مرات كثيرة
(واما الاوردة) فتتوزع كتوزع الشرايين وتفرغ فى الوريد الحرقفى الباطنى
من جانب وفى الوريد المبيضى من جانب آخر وبعض هذه القنوات المختلفة
فى مدة الحبل تغزر تثنياتها وتتمدد جدا او يزحف سيما فى المسطحين اللحميين اللذين
ذكرناهما قال المؤلف وهذا شئ اكدته على الموتى وكذا على الاحياء فى العملية
القيصرية التى عملتها سنة ١٨٣٣ عيسوية ولم يتيسر لى ان اؤكد وجود
الالياف العضلية التى ذكرها غيران حول الاوردة ثم ان هذه الاوردة تكتسب
حجما عظيما فى سمك الرحم مدة الحمل بحيث يتكون منها قنوات كبيرة قطرها

ثلاثة خطوط او اربعة او خمسة وهى خالية من الصمامات وسطحها الظاهر ملتصق بالنسيج اللحمى واذ قد عرفت حال هذه الاوعية كما ذكرنا عرفت سبب قوة تشربها المواد الضوية فى الرحم احيانا وكثرة اصابة هذا العضو بالالتهاب الوريدى ولذا كان ذلك من الظاهرات التى تشاهد كثيرا فى النساء زمن النفاس والاوعية الليمفاوية للرحم كثيرة وتقذف ما فيها فى الغدد الحوضية والحرقفية ومن حيث انها مهيئة كالاوردة فى امتلائها بمواد مختلفة الطبيعة وفى التهاباتها مثلها ينبغى الاحتراس عليها جيدا من اصابتها بالامراض والاعصاب الرحمية تأتى من الضفيرة العجزية والمجموع العقدى بواسطة الضفيرة الكلوية والضفيرة الخثلية فالفروع الاول يتوزع معظمها بل كلها فى العنق فمن المعلوم انه ينسب لها زيادة الحساسية التى توجد فيه والفروع الثوانى ليست معدة هنا كما فى غير هذا الموضع الا للحساسية الغذائية ويلزم ان تتوزع بانتظام فى جميع سعة العضو

(الفصل الثانى)
(فى البوقين)

يسميان بالبوقين الرحميين وبوقى فلوبيوس وهما اسطوانتان صغيرتان مجوفتان طولهما من اربعة قراريط الى خمسة وحجمهما كريشة كتابة ويمتدان من الزاويتين الجانبيتين للرحم الى قرب الحفر الحرقفية بحيث ينتهيان بطرف مشرف متموج يسمى بالشرافات او بصيوان البوق وهذه الانبوبة البوقية فيها تعريج كان معروفا لجالينوس وهى مجوية فى الحافة العليا للرباط العريض وتجويفها يأخذ فى العرض عندما يذهب من الرحم بحيث يدخل فيه مجس متوسط ثم تضيق اولا تدريجا بحيث يعسر اذا بلغت الوسط ان يدخل فيها شعرة دقيقة ثم بعد ذلك تتسع حتى تكتسب سعة خطين او ثلاثة ومن الشرافات التى ينتهى بها طرفها السائب واحدة اصلب واطول من البقية تتثبت فى المبيض وتجعل اتصالا بينه وبين البوق وتأليف هذين البوقين كتأليف الرحم فهما مخاطلان من الخارج بالبريتون

الذى يلتصق بهما التصاقا متينا ومن الباطن بغشاء مخاطى يمتد الى الوحشية اكثر من الغشائين الآخرين ليتكون منه ما يسمى بالصيوان وبين هاتين الصفيحتين طبقة رقيقة من منسوج لحمى الياف نوعان كالامعاء الدقاق اولهما مستطيل ليس هو الا زائدة من المسطح المستعرض الذى على وجهى الرحم وعنقه وثانيهما دوائر تقطع الالياف الاول قطعا عموديا ويظهر كانها متعلقة بالقرص المستدير لزوايا الرحم قال المؤلف وقد انكر بعضهم الغشاء الباطن لكنى شاهدته مع غيرى مرات كثيرة وسهل الانفصال اكثر من الغشاء المخاطى للمرئ

واما الثنيات الصمامية التى ذكرها بعض المؤلفين للبوقين وقالوا انه بسببها لا يمكن رجوع البذرة الى المبيض وان المادة المنوية للرجل لا تنفذ للبوق فانما هى توهمات وتخيلات اخترعهما اشخاص لدفع المعارضين لهم والشرايين آتية من الشرايين المنوية والاوردة مصاحبة لسيرها والاوعية الليمفاوية هنا كثيرة ايضا والاعصاب آتية من الضفائر الكلوية

(الفصل الثالث)

(فى المبيضين)

المبيضان جسمان صغيران بيضاويا الشكل حجمهما كلوزة ووجههما خشن وهما معترضان من الامام الى الخلف ومنحصران فى الجناح الخلفى من الرباطين العريضين

وطرفهما الانسى مثبت فى الزاوية العليا للرحم بواسطة رباط مخصوص يسمى رباط المبيض طوله نحو قيراط ونصف تقريبا والوحشى مثبت فى الصيوان البوقى باطول الشرافات وهما متكونان من غشائين ونسيج خاص واوعية واعصاب فالغشاء الظاهر آت من البريتون والذى تحته منسوب للعضو وهو ليفى كثيف متين منضم بالغشاء الظاهر بحيث يعسر فصله عنه ويلتصق جيدا بالنسيج الخاص فيرسل فيه زوائد كثيرة والنسيج الخاص رخو خلوى وعائى سنجابى منحصر فى سمكه حويصلات صغيرة من خمس

عشرة الى عشرين ممتلئة بسائل صاف واحيانا يكون محمرا او مصفرا ومن تلك الحبوب ما حجمه اصغر من حب الدخن وموضوع فى عمق النسيج ومنها ما حجمه كحب الشهدانج واوعية المبيضين آتية من الاوعية المنوية واعصابهما آتية من الضفائر الكلوية ومن الواضح ان المبيضين نافعان فى وظيفة التناسل بحيث اذا فقدا من امرأة كانت عقيمة

(الفصل الرابع)

(فى الاربطة)

وبعد الكلام على اعضاء التناسل الباطنة نتكلم على الثنيات الرباطية التى تتكون لها من البريتون

(المبحث الاول)

(فى الرباطين العريضين)

الرباطان العريضان يمسكان الرحم فى محلها فيتكون منهما معها حاجز مستعرض يقسم تجويف الحوض الى جزئين مقدم تنحصر فيه المثانة وخلفى ينحصر فيه المعا المستقيم ولكل من هذين الرباطين سطحان واربع حافات فالسطحان احدهما مقدم يجاور المثانة والاخر خلفى يجاور المعا المستقيم واما الحافات فالحافة العليا سائبة تمتد من زاوية الرحم الى الحفرة الحرقفية وتنقسم الى ثلاثة اجنحة مقدم ينحصر فيه الرباط المبروم ومتوسط ينحصر فيه بوقا الرحم وخلفى ينحصر فيه المبيض ورباطه واما الحافتان السفلى والوحشية فيتثبتان فى الحوض واما الانسية فتتصل بالبريتون المغطى لاسطحة الرحم والرباطان المذكوران مؤلفان من صفيحتين من البريتون يوجد بينهما الاوعية والاعصاب الرئيسة للرحم

(المبحث الثانى)

(فى الرباطين المبرومين)

هما حبلان ليفيان مبيضان مفرطحان قليلا ضيقان فى وسطهما اكثر من طرفيهما وينحصران فى الجناح المقدم للرباطين العريضين وينشأن

من زاويتي الرحم العلويتين امام البوق واسفله قليلا ويمران في الحلقتين الاربيتين وينتهيان في النسيج الخلوي للاربيتين وفي جبل الزهرة وفي الشفرين الكبيرين وهما على حسب ما استنتجه كروفلييه من بحثه زائدتان من النسيج الخاص للرحم فينشآن من المسطح المستعرض المقدم والمتوسط للرحم فطبيعتهما عضلية والايمن منهما اقوى من الايسر ويدخل فيهما اوعية دموية واوعية لينفاوية واعصاب ومنفعتهما غير جيدة المعرفة

(المبحث الثاني)

(في اربطة الرحم المقدمة والخلفية)

ذكر بعض القوابل مثل القابلة بوافين اربعة اربطة اخر اثنان مقدمان وهما رجيان مثانيان واثنان خلفيان وهما رحيان عجزيان فالاولان يقل وضوحهما في اغلب النساء فيذهبان من جانبي عنق الرحم الى الاجزاء الجانبية من عمق المثانة وهما مكونان من بعض الياف لحمية كانهما ممتدة من المسطح المستعرض المقدم السفلي المنسوب لعنق الرحم واما الاخريان اللذان سماهما بعضهم بالرباطين المبرومين الخلفيين فهما اقوى وامتن من السابقين وينشآن من الاسفل قليلا للوجه الخلفي للعنق ويتجهان الى الخلف فيتكون من كل منهما هيئة هلال تقعيره شاخص للخط المتوسط فيسيران حتى يأتيا الى جانبي المستقيم وهناك ينفنيان في المنسوج الخلوي والبريتون المغشي لمقدم العجز ثم استظهر المؤلف ان هذه الاربطة من طبيعة الاربطة المبرومة وان اليافهما اللحمية آتية من المسطح المستعرض الخلفي السفلي للرحم وبموجب ذلك يعلم كونهما تمنع انقلاب الرحم وانهما كالاربطة المبرومة تمنع بروزا نسبيا عن ان يتجه الى الامام فتكون معرفتها مهمة للقوابل سيما وبعض المتأخرين جعلها محلا لمرض مزمن كثير الحصول للوالدات ثقيل الانذار

(الفصل الخامس)

(في المهبل)

المهبل قناة اسطوانية وطوله من ثلاثة قراريط الى اربعة وعرضه قيراط تقريبا

لكنه قابل للتمدد جدا بحيث يكتسب وقت الولادة اتساعا عظيما حتى يخرج
منه الجنين وهو يمتد من الفرج حيث يختلط مع الشفرين الكبيرين وغشاء
البكارة حتى يصل الى عنق الرحم فيعانق دائرته ولذلك يسمى بالقناة الفرجية
الرحمية واتجاهه موازتقريبا لاتجاه الجدار الخلفي للتقعير اعنى انه يكون مقعرا
من الامام ومحدبا من الخلف فيجاور محور المضيق العجانى ويكون منه
مع القطر الكبير للرحم زاوية قدرها خمس وسبعون درجة تقريبا فينتج من هذه
الهيئة ان جداره الخلفى اطول من المقدم وان طرفاه المائل احدهما نحو الاخر
من الامام يجهزان بالضبط المسطحين لمضيقى الحوض وفتحته الفرجية ليست
فى مركز المضيق ولما كان الشرج اقرب قليلا للعانة من العصعص
كان من اللازم ان يكون هناك مسافة عظيمة بين الجدار الخلفى للمهبل
ونهاية المستقيم

المجاورة * القسم الخلفى لسطحه الظاهر مستند باخماسه الثلاثة المتوسطة
من امتداده على مقدم المستقيم فيعين على تكوين الحاجز المستقيمى المهبلى
وخمسه السفلى بقربه للفرج يبعد عن المعى فى جميع سمك العجان وخمسه العلوى
سائب فى الحوض ومغشى بالبريتون والقسم الخلفى لهذا السطح منضم
بواسطة منسوج خلوى كثيف مندمج اولا مع عنق المثانة ليحصل من ذلك
الحاجز المثانى المهبلى ثم بمجرى البول فينتج من ذلك الحاجز المجرى المهبلى
والمهبل محاط من جانبيه بعروق واعصاب ومنسوج خلوى كثير فالكروفلبيه
ويوجد فى باطن المهبل على جداريه سيما الجدار المقدم قرب الفتحة الفرجية
غضون اوثنيات مستعرضة مثل التكرش القليل الانتظام الذى يوجد
فى قبوة الحنك ويبتدأ هذا التكرش كله من خط متوسط او عرف بارز يمتد
على هيئة عضرط متوسط على طول الجدار المقدم للمهبل وعرف الجدار
الخلفى اقل بروزا من الذى فى الجدار المقدم وهذان العرفان المتوسطان يسميان
بعمودى المهبل والغضون المستعرضة كثيرة فى المولودين جديدا وفى الابكار
وتبقى دائما بدون زوال فى الجزء السفلى وليست هذه الغضون ثنيات فيظهر

انها

انهما لا تنفع فى اتساع المهبل انتهى وقيل انها ثنيات تزول مدة الولادة ثم ترجع بعدها بقليل وقد ذكرنا سابقا ان هذين العمودين المتوسطين بوصولهما اسفل الصماخ البولى وامام الشوكة يكون منهما ما سميناه بالعمودين او الوريقتين الاسيتين المقدمة والخلفية

والتجويف المهبلى ينتهى من الاعلى بشق او بحاجز مستدير ويكون من الخلف اعمق من الامام وجدرانه التى هى رقيقة وموضوعة بين الاعضاء القابلة الاتساع والانقباض المتعاقبين تلامس بعضها فى الحالة الاعتيادية غير انها ممتعة بقوة انبساط عظيم ولذلك كان ذلك التجويف مختلفا اختلافا عظيما باختلاف الاشخاص ففى بعض الاحيان يكون اوسع فى جزئه المتوسط من بقية الاجزاء وذلك لكون الرحم زائدة الانخفاض واحيانا اخر يكون الاتساع فى جزئه العلوى فقط خصوصا فى اللاتى ولدن اولادا وذلك ينشأ من كون عنق الرحم بقى اغلظ مما كان قبل التزوج واما تساوى الابعاد فى جميع طوله فلا يكون الا فى النساء اللاتى لم يباشرن لذة الجماع او باشرن قليلا جدا

تأليف المهبل * يدخل فى تركيبه طبقتان احداهما ظاهرة هى امتداد من الصفائح الظاهرة للرحم وقاعدتها المنسوج الخلوى الليفى الاصفر وتحتوى على الياف لحمية باهتة قليلة العدد متصالبة لا ينبغى اشتباهها بالحلقات العضلية ذوات القطع الناقص التى فى فوهته الفرجية وتنسب للعضلة العاصرة للمهبل وتلك الالياف الآتى ذكرها تؤثر منقادة لسلطان الارادة بخلاف الالياف الاخر فانه لا يظهر فعلها الا عند حصول الشهوة وهذا المنسوج يخططه شرايين ولاسيما اوردة كثيرة يتكون منها على الخصوص من الاسفل طبقة اسفنجية حقيقية او انتصابية تنتفخ من تأثير الجماع ويمكن ان تنقبض حينئذ بحيث تنقص طول المهبل وعلى حسب مشاهدة بعضهم ان المهبل قد ينقبض فى بعض الاحوال بحيث يحصل من ذلك خدر فى يد الطبيب المولد وقت الطلق

وثانية الطبقتين تتصل بالغشاء الخاطى للفرج وتختلط مع شفتى العنق ومع

الغشاء المغشى لباطن الرحم ونصف هذه الطبقة الاقرب للفرج فيه صفات الصفائح المخاطية البالغة الكمال ويشاهد فيه بشرة مخاطية واجربة وخمل وغير ذلك ولا يمكن قرب العنق فصل هذه الطبقة من المنسوج المحيط بها ولم يثبت هناك وجود اجربة ولا خمل وهى تغشى جميع ثنيات المهبل ولكن ليست الثنيات مكونة منها وان قال بذلك كثير من المؤلفين والاجربة المخاطية مجلسها على الخصوص فى عمق هذه الثنيات حيث تختفى هنالك القروح الزهرية ايضا

والعضلة العاصرة للمهبل عضلة مزدوجة تشغل الاجزاء الجانبية لفوهة المهبل وهيئتها تشبه هيئة العضلة البصلية الجوفية فى الرجل وتنشأ من مقدم المستقيم بحزمة منشبكة عضلية تتجه من الخلف الى الامام على شكل عصابة مفرطحة حتى تنتهى على جانبى البظر وجزء منها يصعد فوقه حتى يختلط بالرباط المعلق له

وذكر المشرحون قديما وحديثا غدتين سموهما بالمهبليتين وبيرونتتا برطولين ومن الغلط جعلهما من الاجربة البسيطة ويشاهدان تحت الوريقتين الاسيتين الجانبيتين بين الغشاء المخاطى والغشاء اللحمى ومنفعتهما غير جيدة المعرفة مع ان سيبلى جعل فوهتاهما على جانبى الصماخ وقال انهما يفرزان سائلا لامدة الجماع وجرتبيرذكر انهما يخدمان نقطة منشأ او انتهاء القناة وظن انه كشفهما

(الباب الثانى)
(فى اعضاء التناسل عموما)

اعضاء التناسل اذا نظر اليها نظرا فلسفيا صح اعتبارها متعلقة بالصفائح المجللة فالغشاء المخاطى يتكون منه فيها الجزء الرئيس فان فى الحيوانات السفلى كالتى فيها المجموع التناسلى اكثر تضاعفا تتولد النطف فى عمق تجويف مخاطى سواء تحول ذلك التجويف الى تقعير بسيط او تكون منه قناة مستقيمة او معوجة وانما التجويف التناسلى تارة يكون مبطنا بطبقة مجانسة لبعضها

شبكة فى جميع طولها كما فى الحيوان وفى الانواع التى ليس لها رحم وتارة بالعكس اى ان هذه البطانة التى تكون اولا رقيقة جدا فى جزء من مسيرها يحصل فيها دفعة حوكة غلظية فى محل آخر ثم ترق من جديد فى جزء ثالث كما يشاهد ذلك فى النساء

والجهاز التناسلى فى النوع البشرى لا يتكون منه كما فى البهائم الاقناة طويلة تمتد من المبيض الى الفرج ويوجد فيه ايضا جهاز مفرز فى غاية الكمال فالمبيضان يقوم منهما الجزء الغددى والرحم هو المخزن والمهبل هو القناة الدافعة للافراز بحيث يمكن بالنظر لوظائفها الخاصة ان تقسم الى اعضاء مكونة او مولدة للنطف والنقل وهى المبيضان والبوقان والى اعضاء حمل وهى الرحم والى اعضاء جماع وتوصيل وهى المهبل والفرج

فالمبيضان فى الجنين يكونان مبيضين غليظين مستطيلين يشبه كل منهما كيسا مصغرا ويظهر كانهما متصلين بالبوقين بدون واسطة * والرحم تكون حينئذ صغيرة ضيقة كانها مخفية فى الجزء المتوسط من الرباطين العريضين وتكون اسمك كلما قربت الى المهبل حيث تنتهى من الاعلى بعنق رخو بارز كبير الحجم وفى الشهر التاسع يكون المهبل طويلا واسعا بحيث يمكن ادخال الاصبع فيه وغشاؤه المخاطى يكون واضحا كالعنق ايضا واما جسم الرحم فيكون ملززا بحيث يعسر فصل منسوجاته المختلفة ثم من بعد الولادة الى البلوغ لا تكابد اعضاء التناسل فى البنات الصغار تغيرا كبيرا ولا تستيقظ من خدرها الا فى المدة التى بين السنة الثانية عشر الى الثامنة عشر فتكتسب الرحم سريعا من دوج ابعادها التى كانت لها الى ذلك الوقت سواء فى الطول والعرض والعمق وقاعدة هذه الرحم التى هى حينئذ على شكل مخروط يتغير اتجاهها الى الاسفل فتذهب حالا الى الاعلى وتدخل البقية حينئذ فى طرز جديد والتغيرات التى يكابدها المبيضان والبوقان واضحة ايضا وان كانت اقل وضوحا من تغيرات الرحم

فاذا امتنعت المرأة لم تلد تبقى اعضاء التناسل فيها على تلك الحالة اما بعد ولادة او اكثر

فيوجد على سطح المبيضين تحدبات وغضون او آثار التحام وحجمهما يزيد ايضا قليلا واما البوقان اللذان لم يحصل فيهما عظيم تغير فلا يختلفان عن ما كانا قبل الحمل الاول ولا عن ما يكونا بعد زمن الكهولة الا اذا اصيبا بالامراض التي يكونان محلا لها فشكل الرحم وابعاده تبقى على حالها غير انه يبقى فيها بعض زيادة في الحجم والمهبل ينقص طوله ويتسع مع زيادة قوة الاربطة المبرومة واما في سن الشيخوخة فيضمر المبيضان ويطولان ويصيران غير منتظمين والرحم تميل لان تأخذ حجمها الاول وتجويف جسمها يضيق بحيث ان الاختناق الذي يضمها بالعنق ينتهي حاله احيانا بان ينسد بالكلية

(القسم الثاني)
(في الحالة الغير الاعتيادية لجهاز التناسل)

الاحوال الغير الاعتيادية لاعضاء التناسل كثيرة مختلفة ويظهر انها تنشأ من عدم النمو او وقوفه او زوغانه او من مرض متقدم او متأخر على الولادة

(الفصل الاول)
(في الحالة الغير الاعتيادية في الاعضاء التوابع)

ليس عندنا شاهد صحيح يدل على مشاهدة غيبوبة اعضاء التناسل الباطنة بالكلية من المرأة

المبيضان * ذكر شوسييه امرأة لم يكن لها الا مبيض واحد وبوق واحد فكانه لم يكن لها ايضا الا نصف رحم واكدوا مرات كثيرة عدم وجود المبيضين مع كون الباقي من اعضاء التناسل في الحالة الاعتيادية وشوهد ايضا فقد مبيض واحد فقط ورجوع المبيضين الى حجم صغير جدا ويمكن ان يخرج المبيضان من الحوض ويتقدما من القناتين الاربيتين وينزلا لطرف الشفرين الكبيرين او يمر كل من الجهة المقابلة للجهة الشاغل لها ويحدث منهما مع البوقين تعقد بحيث يعسر حلهما كما شاهد ذلك المؤلف

البوقان * قد يعدمان في احوال نادرة وقد يغيران اتجاههما الاعتيادي وقد ينسدان انسدادا عارضيا تارة من جانب المبيض وتارة من محل قريب للرحم

(الفصل الثانى)
(فى الاحوال الغير الاعتيادية للرحم)

شوهد تقدد الرحم رأسا وانما كان الموجود العنق بحالة نشأة صغيرة وامثلة ذلك كثيرة فى كتب المؤلفين الاان اغلبها قابل للرد لكون البحث فى هؤلاء النساء انما كان فى حياتهن ومع ذلك قد يزال الشك بما ثبت من غيبوبتها فى امرأة بحثها ميرو وماتت بجرح نارى ومثل ذلك ايضا فى بنت صغيرة ذكرها رولت وشوهد انه وجد بدل الرحم حدبة صغيرة فى ميتة شرحها دنس وثبت غيبوبتها بالكلية بدون ان يوجد بدلها شئ وشاهد المؤلف استحالتها الى حبل خلوى فى بنت صغيرة عمرها تسع عشرة سنة

الرحم المزدوجة * قد تكون الرحم طويلة جدا كالتى فى النسناس وكثيرا ما تكون مقسومة الى جزئين متساويين اوغير متساويين فى كلها اوفى جزء منها من الباطن اومن الظاهر فقط واحيانا منهما معا فتارة يوجد كيس عارض يضاف للعضو الطبيعى وينفتح فيه وتارة لايتصل به والغالب ان الانقسام يحصل على الخط المتوسط سواء فى الظاهر على القعر اوعلى الوجه الخلفى اوعلى القعر والوجهين المقدم والخلفى معا فتكون الرحم حينئذ مزدوجة القرن فتقرب لرحم ذوات الاربع وتارة لايكون الانقسام الافى الجزء العلوى من العضو وتارة ينقسم العضو كله من الاعلا للاسفل ثم تارة ينضم القرنان على زاوية حادة ويستندان على بعضهما بسطحيهما المتقابلين وتارة يكون وضعهما بالعرض ولا ينضمان الافى اعلى المهبل ليتكون منهما العنق

والحاجز فى الباطن لايكون بدرجة واحدة فتارة يكون شبه مهماز يقسم عمق تجويف الرحم الى جيبين وتارة يكون عرفا متوسطا مزدوجا ناشئا من ضخامة العمود القائم الطبيعى لتجويفى الجسم والعنق ويمكن ان يقف فى الجزء العلوى من عنق الرحم اوينزل الى المهبل فيكون تاما ويقسم الرحم الى تجويفين متميزين تميزا تاما اويكون منقوبا فى محل ما من طوله فيكون احد نصفى الرحم متصلا بالاخر والعنق نفسه قد يكون مفردا وقد يكون

مزدوجا وبالجملة فازدواج الرحم كثير الوجود بحيث لا تخلو سنة من ان يشاهد مرات كثيرة والفوهات الرحمية في هذه الاحوال تنفتح في مهبل بسيط اومزدوج واتفق في مشاهدة ان احد العنقين حفظ وضعه الطبيعي والاخر ذهب حتى انفتح في المستقيم ثم ان بوزطنشيا سواء كان بسيطا اومزدوجا وسواء انتهت به رحم ذات قرنين اورحم جيدة التكون لا يندر مشاهدة انفتاحه في المستقيم اوالمثانة اومجرى البول بل وفي الخشلة فوق العانة والحاصل ان الخلف في وجود ازدواج الرحم لفظي فاذا فهم بهذه اللفظة وجود رحمين كل منهما له بوقان ومبيضان كان من الواضح ان ذلك معدوم لانه لم يشاهد اصلا فان اريد انقسام رحم طبيعي الى جزئين متساويين اوغير متساويين كل منهما ببوقه ومبيضه وتجويفه وعنقه فذلك يوجد كثيرا وعندنا له مشاهدات كثيرة ولا يمكن انكار وجوده الآن

احوال مختلفة غير اعتيادية في الرحم * قد يكون الرحم ايضا محلا لاحوال غير منتظمة سوى ما ذكرنا فقد زعم بودلوك وجود قناة غير اعتيادية تمتد من البوق الايمن الى تجويف العنق وتجتاز في سمك جدران الرحم والقابلة بوافين ذكرت قناة غير منتظمة جعلت اتصالا بين المبيض والجزء العلوى من المهبل وذكر كثير من المؤلفين ارحاما منسدة وانسدادها بعيب خلقي في النمو اوعارضي واما انسداد العنق فاكثر الكلام فيه كثير من الاطباء فمن الامثلة ما يدل على انه كان تام الانسداد بحيث منع الولادة كذا قالوا وهذا تخليق وتصنيع لان انسداد العنق يمنع التلقيح نفسه لاخروج الجنين الا اذا كان حصوله في مدة الحمل ثم ان هذا العنق قد يكون طوله وحجمه عظيمين وقد يتغير موضعه بسبب حصول التصاقات فيه مخالفة للعادة كان يتثبت احد وجهيه او احد جانبيه قريبا حوافي الحوض اما من الامام اومن الخلف ويقال انه يمكن ان ينزل الى الفرج وكثيرا ما شوهد انحرافه الى الخلف اوالى الجانب بسبب الالتصاق كما شاهد ذلك المؤلف خمس مرات بحيث صيرالتلقيح غير ممكن.

ومشاهدة هذه الاشياء الخارجة عن العادة تنفع في الاعمال وتتضح منها بعض

ظاهرات

ظاهرات كان يعسر سابقا معرفة اسبابها كالعقم وكثير من الحمل الخارج عن الرحم والعلوق على العلوق واحتباس الطمث والتلقيح من مجرى البول والتلقيح من الشرج والولادة منه وعدم الحيض رأسا فاذا كانت الرحم مزدوجة اوحملت المرأة من جانب واحد وكان معها حينئذ فوهتان منعزلتان عن بعضهما فى المهبل جاز ان يختلف رأى شخصين ماهرين فى التشخيص حتى فى وقت الولادة ولذلك ذكر تيدمان ان طبيبين ماهرين تلاقيا عند امرأة ظنا انها فى الولادة فاحدهما صمم على ان العنق فى حالته الاعتيادية والآخر قال باتساعه وان الرأس قد دخل فيه ثم بحث فى المرأة بحثا آخر تحقق منه ان العنق مزدوج وقدم مثال لديوان الاطباء شبيه بذلك وهو ان فى ابتداء طلق امرأة ظن تلميذ بواسطة الجس ان العنق غير متسع بل لم يحم اثره الى الآن وآخر وجده متسعا نحو قيراط فاتت المرأة فى الولادة ولما فتحت جثتها وجد ان سبب هذا الاختلاف هو ازدواج الرحم وانه انتهى فى المهبل بازدواج بوزطنشيا

(الفصل الثالث)

(فى الاحوال الغير الاعتيادية فى المهبل)

التكون المعيب فى المهبل كثير ايضا كما فى الرحم فقد شوهد عدم وجود المهبل رأسا وشوهد ايضا انتهاؤه من الاسفل بحاجز مسدود بحيث كان غير مفتوح الى الخارج واحيانا توجد فتحته الفرجية واما جزؤه العلوى فيكون منسدا غير منفتح فى الرحم وضيق المهبل كثير جدا لكثرة اسبابه وامثلته كثيرة والمثال الذى شاهده ليسفرن كان السبب فى ضيقه تقرح زهرى قديم واتفق حصول ذلك من حقن المهبل بالحمض الكبريتيك ومن الحرق والتقرحات المستطيلة وشاهد المؤلف حصوله عقب سيلانات افرنجية مستطيلة المدة

وشوهد انتفاخ المستقيم فى المهبل والمهبل فى المثانة ولكن الغالب ان ينفتح المهبل فى جزء من المستقيم يختلف ارتفاعه والحاجز القاسم للمهبل يكون تارة مكونا من لجام بسيط خلقى اوعارضى موضوع بالعرض اوموازلمحوره قرب الفرج اوالعنق اوفى وسط القناة وتارة يكون ثنية صمامية تختلف صلابتها

وتارة يكون حجابا حاجزا حقيقيا قال المؤلف وقد شاهدت هذه الاشكال كلها في الاحياء والاموات وهذا الحاجز يعطى للمهبل منظر قناتين اسطوانيتين مستندتين على بعضهما كل منهما له غشاء بكارة وفتحة واحدة خارجة واحيانا لا يوجد الحاجز الا من الاعلى والاسفل ويكون بين المهبلين اتصال من الوسط او قرب من العنق

العمليات * الانسداد والغيبوبة والضيق الزائد تتعب الوظائف التناسلية فلا بد من علاجها بالعمليات ففي حالة ما اذا كان الضيق زائدا بحيث يمنع الوطئ قد يحصل الحبل واذا حصل فتلك الحالة تستدعى الاستعانة بالاعمال الجراحية مدة الحمل وفى زمن الطلق فلذلك نبقى الكلام الى فصل عسر الولادة وهذه الحالة ينتج منها في غير الحامل تحول او احتباس محض للطمث والذى يؤكد استعمال وسائط الصناعة في مثل هذه الحالة هو عدم امكان الوطئ سيما اذا كانت المرأة شابة وكلما كان الانسداد غير تام اولم يكن الا بغشاء بسيط كانت العملية غير خطرة وغير عسرة لكونها ترجع الى الاتساع او فعل بعض شقوق بسيطة اما اذا كان الانسداد تاما او فقد المهبل بالكلية لم تكن العملية كذلك فحينئذ قد تفتح المثانة كما فعل ذلك في مشاهدات كثيرة ومع ذلك ثبت من مشاهدات اخرى ان الشق المفعول بالاحتراس يصير النجاح ممكنا لكن هنالك حالة يمتنع فيها فعل العملية وذلك اذا لم يكن هنالك شئ يدل على وجود الرحم فالعملية ليس لها منفعة هنالك قال المؤلف ولا ادرى كيف حكم بالعملية حينئذ الطبيب مكفرلان وماتت مريضته بذلك مع انه اذا وضع مجس في المثانة او وضع احدى اليدين على الخثلة مع كون سبابة اليد الاخرى موضوعة للجس في المستقيم تحققت هذه الحالة ولقد كان مع المرأة المذكورة سابقا منظر سهولة العملية والمرأة طالبة لها والمهبل الذى هو منته بسد غير نافذ في عمق قيراط كان واسعا منحنيا بحيث يساعد على حركة الآلات ولكن لما تحققت من البحث الجيد في الاجزاء ان الرحم ان كان موجودا فنهايته ان يكون في حالة نشأة ابتدائية امتنعت من فعل شئ لها من العمليات سيما

والمرأة

والمرأة ممتعة بصحة جيدة وانما التعب الذي كان يحصل لها من تلك الحالة انما هو آلام في قسم الكليتين مصحوبة ببعض مغص وقولنج في كل شهر

(الفصل الرابع)

(في الخنثى المشكل)

يسمى بذلك الكائن الذي اجتمع فيه آلة الذكورة والانوثة وهذا الاسم الذي كان ايضا موجودا في خرافات القدماء ومنازعا في وجوده في الاعصر السالفة قد هجر عند الفسيولوجيين بالكلية في اواخر القرن السابق الا انه ابتدأ ظهور هذه المسئلة من جديد واختلفت فيها آراء العلماء في النباتات المفردة النوع والزووفيت اي الحيوانية النباتية وانواع من الحيوانات الرخوة كالقوقع والحلزون توجد النوعان مجتمعان في فرد واحد واما في النباتات المزدوجة النوع وفي الديدان والحشرات فتوجد النوعان منفصلان وبالاولى في الاسماك وذوات الثدي بحيث ان الخنثية في النوع البشري اقله انها في الظاهر مخالفة للنواميس التي تتراءس على توزيع الكائنات الحية لكن اذا نظرنا الى اصل النطفة نرى ان النوع اولا غير مذكر وغير مؤنث ولذلك اختار ديدمان امكان وجود الخنثى وقرر رأيه في بلاد النيسامكيل وغيره ثم شوهد اجتماع غريب لاعضاء ينسب بعضها الذكور وبعضها الاناث في فرد واحد لكن معظم هذه الامور الواقعية يصح ان تتعلق بتشوهات خلقية في احد النوعين ولم يشاهد الى الآن في شخص واحد جميع اعضاء تناسل الرجل والمرأة معا وانما تارة يكتسب البظر نموا عظيما بحيث يظن ان هذا الكائن ذكر وانثى وتارة يكون الذكر قليل النمو جدا فيظنونه بظرا او يكون هنالك ايبوسباديا س (اي انفتاح مجرى البول من اسفل القضيب بعيدا عن الحشفة) اوشق عميق في الصفن فيظنون ذلك فرجا واحيانا اخر يوجد سقوط اواستطالة من عنق الرحم يظنه بعض الناس قضيبا

ومع ذلك فقد يتحير الانسان اولا في الحكم في بعض الاحوال فقد اتفق ان شخصا كان فيه جميع الصفات الظاهرة لامرأة جميلة وقدم للطبيب الجراح مرجولين

ليبحث فيه اذ كره وام انثى فوجد شفرين كبيرين لفرج جيدا لتكون واستشعر
بانتفاخين مستطيلين فى حجم خصيتى الرجل ووجد مهبلا ينتهى بسد غير نافذ
خلف العانة ورأى المثانة منفتحة تحت اصل جسم شبيه للقضيب اكثر
من شبهه للبظر والحكيم ميير شرح طفلا له ستة اشهر وليس له فرج وانما له قضيب
تجتاز فيه قناة البول وعلى جانبيه ورمين صغيرين مستديرين محويين فى ثنية
من الجلد ومع ذلك كان له رحم وامثلة ذلك كثيرة فى المؤلفات واتفق انه مات
فى مارستان بيت الله بباريس صبى بيطرى وكان معه فى آن واحد فرج وذكر
وابيوسبادياس وخصية وحوصلة منوية من اليمين ورحم وبوق ومبيض ورباط
مستدير ورباط عريض من اليسار ومن اغرب ماشوهد ايضا خصيتان نزلتا
من البطن ووجد مع ذلك رحم وحوصلتان منويتان وبوقان وشبه مبيضين
فى عسكرى سنه ثمانى عشرة سنة ومات مريض ببيت الرحمة بباريس
سنة ١٨٣٢ وكان معه من الظاهر معظم اعضاء الذكور وفيه من الباطن
مبيضان وبوقان ورحم وبروستتا ومات آخر بها سنة ١٨٣٣ ولم يكن معه من
اعضاء التناسل الا حدبة قضيبية طولها من اربعة خطوط الى ستة وليس له
اثداء ولا صفن ولا فرج ولا شعر فى العانة ولا لحية وكان كبيرا ولكن صوته
صوت مؤنث ومعه عدم قرار وثبات وكثرة كلام وغلبة كنساء الاسواق
قال المؤلف وازيدك على ذلك انى شاهدت فى جنين بقرة اجتماع خصيتين
ومبيضين وقناتين منويتين ورحم فاظن انه لايشك الآن فى اجتماع اعضاء
كثيرة اصلية للنوعين فى شخص واحد وانما اظن انه لم يشاهد الى الآن اجتماعها
كلها معا ويصح ان يقال ان الشخص الذى قدم لمرجولين كان امرأة معها
فتق خلقى فى المبيضين ونمو مخالف للطبيعة فى البظر وان مثال ميير كان بنتا
صغيرة معها فتق فى المبيضين ايضا ومهبلها مفتوح فى المثانة ليتصل بقناة
البول ثم قال المؤلف وقد نتج من جميع ماذكرنا ان جميع احوال الخنثى يصح
ان ترتب الى ثلاث رتب احدها ان يوجد التشوه مع النوع المذكر وثانيها
ان يكون النوع المؤنث واضحا ظاهرا وثالثها ان يعسر تمييز الشخص وقد الفت

فى الخنثى المشكل مؤلفات كثيرة لابأس بمراجعتها

(التعليم الثانى)
(فى معرفة الوظائف المسماة فسيولوجيا)

(الباب الاول)
(فى الوظائف المهيئة)

(القسم الاول)
(فى البلوغ)

البلوغ فى البنات يظهر كما فى الصبيان بتغيرات كثيرة فالبنية العامة يتغير سيرها بغتة وتسير سيرا مخالفا لسيرها الاول فتصير البنت اعقل واكثر حياء وتلتف اعضاؤها ويكتسب صوتها النغمة الالطف والاوفق وتنمو ثدياها ويمتد منسوجها الخلوى الى امام الصدر والخثلة ويتخذ ذلك مركزاله ليذهب منه الى العنق واصول الاطراف وتقوى حيوية اعينها الا انها تتحلى بثياب الذبول والانكسار فيفهم من ذبول تلك الاعين مزيج شهوتها ولذتها بخوفها وحيائها ورقتها ويمنعها استشعارها بما هو حاصل لها وبضعفها الخاص عن ان تتجاسر على القرب مما كانت تعرفه من الذكور فى سن الصبا بدون ان تخفض بصرها حياء ووقارا ثم يحصل لها الام خفيف فى اعضاء التناسل ويسيل منها السائل المصلى الذى سيأتى الكلام عليه فى الاندفاع الاول للطمث ومن جهة اخرى نقول ان حياءها اللطيف المحيى لطلعة وجهها والظرافة المتصف بها كمال وقارها لم يلبثا قليلا حتى يعلنا فيها بقوة وعزة ثم تعرض فى اثناء هذا التغير العظيم وظيفة جديدة ذات قوة عنيفة وهى السائل الطمثى الذى هو الميزان للصحة الجيدة او الرديئة فتحدث فيها من تلك الوظيفة تكدرات وتغيرات هى المرار والغم والحزن المكدر لايام الصبا التى اجتازتها فى مبدأ سنها ومع ذلك جملة هذه التغيرات انما تعرض لقليل من البنات وذلك لان البلوغ يظهر بكيفية غير محسوسة ولاسيما فى المدن الكبيرة فيندر ان يصحبه اخلاق آداية بغائية

(القسم الثانى)

(فى الحيض)

الحيض هو سيلان دموى من اعضاء تناسل المرأة زمنه من سن البلوغ الى سن اليأس غالبا وهو وظيفة طبيعية معرضة لها النساء فى جميع الازمنة فدعوى بعضهم انها ناشئة عن التمدن باطلة ولا اصل لما قيل ان نساء القطب الشمالى واهل برزيل وبعض اقاليم من الاميرقة سليمات من ذلك ولا توجد هذه الوظيفة فى الحيوانات الا فى نوع الانسان الوحشى وبعض اصناف من النسانيس والقرود والخفاش على حسب ما قاله بعض علماء الكائنات الطبيعية من انه يحصل لتلك الحيوانات سيلان دورى واذا شوهد احيانا فى بعض انواع من ذوات الاربع والاسماك والطيور وغير ذلك سيلان مادة زلالية يختلف تلونها فذلك عموما انما هو قرب طلب التعشير فليس من العقل تشبيه هذه الحالة بوظيفة الحيض * والحيض المسمى ايضا بالطمث وبغير ذلك ينشأ من وقت البلوغ وينقطع اذا حصل التلقيح وفى مدة الحمل والرضاع غالبا واذا ظهر كان التلقيح ممكنا وكلما تجدد بدون انقطاع فى ازمنته الطبيعية جاز ان يظن عدم العلوق

وقد ثبت من المشاهدات ان من النساء من لا ترى الحيض اصلا مدة عمرها مع ان صحتها جيدة مثل صحة غيرها وانما الغالب على مثل هذه العقم قال المؤلف واعرف امرأة لم تحض قط وهى جيدة الصحة زائدة القوة خصبة الجسم من هرة البنية ومتزوجة منذ عشر سنين وكان معها اشتياق عظيم للاولاد وقد ايست منه الآن مع ان زوجها شاب وقبل تزوجه بتلك المرأة ولد اولادا من امرأة اخرى واعرف امرأة اخرى لم ترا الحيض قط ومع ذلك ولدت ولدا عمره الآن نحو ثمان عشرة سنة وهو قوى جيد التكون وامثال هذه الاخيرة كثيرة وقد لا ترى المرأة الحيض الا بعد ان تلد اولادا فقد شاهد كاليس امرأة لم ترا الحيض الا بعد ان ولدت ثلاثة اولاد متتابعة وعنده امثلة شبيهة بذلك ايضا وذكر كليلان امرأة متزوجة فى سبع وعشرين سنة وما رأت حيضتها الا بعد شهرين

من ثامن ولادة لها ثم استدامت معها بانتظام الى سن اربع وخمسين سنة
قال المؤلف ويظهر لى ان غيبوبة الطمث تنشأ فى الغالب من عيب فى تكون
الرحم او متعلقاته بحيث يسهل ان يوضح كيف تكون تلك الغيبوبة
علامة للعقم

(الفصل الاول)
(فى اندفاع الطمث)

ابتداء زمن الحيض فى الاقاليم المعتدلة فيما بين السنة الثانية عشر والسادسة عشر واقل من ذلك قليلا فى البلاد الجنوبية واكثر من ذلك قليلا فى البلاد الشمالية وزعم بعض السواح ان فى البلاد الشرقية قد تلد المرأة فى ست سنين او سبع وهذا فى غاية الاستغراب وذكر آخرون ان قرب القطبين لا يندر ان يشاهد مبدأ ظهور الحيض فى ثلاث وعشرين سنة او اربع وعشرين

وما يوجد فى الاقاليم المتعارضة جملة يوجد مفصلا فى بلد واحد او مدينة واحدة او فى خطة واحدة فالسكنى فى الارياف وتعاطى اشغالها وبساطة الاخلاق والتقشف فى التغذية ومزاج الاقطار الشمالية جميع ذلك يقهقر الزمن الاول للحيض بخلاف استعمال الصنايع المتعلقة بالتقليد كالرسم والموسيقى وكثرة الرقص والتفرج على الملاهى والملاعب والمطالعات الادابية والتخيلات والتصورات الشهوانية والغذاء الجيد من اللحوم الفاخرة واستعمال المشروبات المنبهة وسكنى البلاد المتمدنة الكثيرة الاهالى وفى جو المناطق الاعتدالية فانها تعجل الزمن الاول للطمث وهو يبكر حصوله فى الاقوياء ويقل تبكيره فى اللينفاويات والحاملات لشحم كثير واللواتى حساسيتهن ضعيفة بخلافه فى النساء النحاف الاورقا العصبيات والقابلات للتهيج والدمويات فانه يسرع حصوله فيهن ففى باريس نفسها يشاهد من تحيض فى عشر سنين واحدى عشرة وثنتى عشرة قال المؤلف واعرف فيها بنتان احداهما حاضت فى تسع سنين ونصف والاخرى فى عشر ونصف واعرف ايضا عائلة بناتها فى غاية القوة والعظم بحيث ان بنت اربع عشرة سنة

منها كبنت عشرين من غيرها وكل بناتهن يحضن فى ثمان سنين ونصف
وقد ذكروا اطفالا حضن من ابتداء ولادتهن او فيما بين السنة الاولى من حياتهن
والخامسة او اكثر منها بقليل لكن الغالب على الظن ان هذا السيلان انما كان
نتيجة مرض من الامراض والسائل فيهن غير مشابه للسائل الطمثى ومع ذلك
لا ينبغى ان نعرض صفحا عن ما علم عن قريب فى بنت ظهر طمثها فى سن ثمانية
عشر شهرا ودامت ادوارها بدون انقطاع فى جميع الاشهر وظهر فى ثدييها اغلظ
وانتظمت تقاطيعها وتقويمها وجميع صفات البلوغ المبكرة وذكر ايضا ان بنتا
نزل عليها فى سن تسع شهور بعض قطرات من السائل الطمثى ثم مقدارا اكثر
من ذلك فى الشهر الحادى عشر ثم اكثر من ذلك فى الرابع عشر ثم كذلك
فى الثامن عشر ونبت شعر عانتها وكبرت اثداؤها وزادت قوتها هذا
وقد ذكروا ان فى شمال بلاد الانقليز تحيض النساء غالبا فى خمس عشرة سنة
ثم فى اربع عشرة ثم فى ست عشرة ثم فى ثلاث عشرة ثم فى سبع عشرة
واما فى باريس على حسب بحث المؤلف فاغلبهن يحضن فى اربع عشرة ثم خمس
عشرة ثم ثلاث عشرة ثم ثنتى عشرة واما فى بلاد مصر فلم يقع منا تفتيش فى ذلك
الى الآن ولكن نرجو حصول ذلك اذا تقدم هذا العلم فى تلك البلاد

ويسبق اندفاع الحيض نمو اعضاء التناسل بغتة وتغطية قبوة العانة والشفرين
الكبيرين بشعر خفيف وعظم الثديين وتألمهما وزيادة قتامة لون هالتهما
والاحساس بتعب عام وتكسر فى الاطراف وجذب مؤلم فى الكليتين والاربيتين
والفخذين وثقل فى القطن وحرارة وتوتر فى الخثلة والعجان واكلان خفيف
فى اعضاء التناسل وسيلان مخاطى صاف او مصفر تختلف كثرته وقد يحصل
مع ذلك ايضا اضطراب فى دورة الدم وعدم انتظام النبض وسرعته وتقطعه
احيانا واحتقان واضح فى الرأس مع علاماته ومتى ابتدأ سيلان الدم زالت
تلك العلامات فتعود للمرأة صحتها حتى يأتى دور ثان فيظهر له بعض تلك
الاعراض وفى كثير من النساء قد يحصل اول اندفاع بدون ان يظهر شئ
من العلامات المقدمة ثم ان انتظام الطمث انما يكون فى الغالب بعد ثلاثة ادوار

ادوار ربعة وبعد الانتظام تكون مدة السيلان من بعض ساعات الى ثمانية ايام واما القدر المتوسط غالبا فمن اربعة ايام الى خمسة

وكمية الدم التى تخرج فى كل دور تبلغ نحو رطلين على حسب رأى بقراط وثمان عشرة اوقية على رأى جالينوس ومن ست آواق الى ثنتى عشرة على رأى هالير ومن ثلاث اواق الى اربعة فقط على رأى بودلوك وهذه كلها آراء افتراضية وعموما تكون الكمية اكبر فى الاشخاص والحال اللاتى يبكر ظهور الطمث فيها كنساء الاوروبا الساكنات فى المناطق الحارة كبلاد الجاوى مثلا فانهن قديما لكن بكثرة النزيف الطمثى وكثيرا ما يشاهد ان نساء الارياف اللاتى يأتين باريس للخدمة ينقطع حيضهن او ينقص نقصا عظيما ثم الادوار فى المرأة الواحدة لا تتشابه دائما فاحيانا تكون قوية واحيانا ضعيفة اثنان اثنان او ثلاثة ثلاثة فلذلك لا يمكن ان توضع قواعد ثابتة فى هذا الموضوع ومن جهة اخرى لا يمكن مشاهدة الدم الذى يسيل سواء فى الخرق او فى الماء فلذلك لا يتيسر الحكم عليه حكما صحيحا وانما ذلك على سبيل التقريب

(الفصل الثانى)
(فى طبيعة الطمث)

دم الطمث اشغل افكار الفسيولوجيين من قديم فقال بقراط انه يشبه دم حيوان مذبوح وارسطاطاليس انه يشبه الدم الذى يسيل من جرح بسيط وهذا الرأى الذى لم يخالفه الآن الا قليل من الاطباء غلط عظيم لان السائل الطمثى انما هو مادة مفرزة لا دم اعتيادى وسنرجع لذلك عن قريب وفى زمن بلينوس كانت هناك آراء مخالفة للآراء الموجودة الآن متسلطنة بمدينة رومية فكانوا يظنون ان السائل الطمثى يحتوى على خواص رديئة فهو سم خطر تسكنى لبخرته لانه تفسد اطعمة المطابخ والمستخرجات اللبنية التى فى مخزن الالبان كالجبن وغيره فتصير اهل البيت جميعا مرضى من استعمال ذلك وتذبل ازهار الرياض اليانعة وقال السواح انه لم يزل الى الآن فى بعض محال من الاميرقة يخاف من الحائض فيمنعونها عن الخروج من بيتها الا لضرورة

لازمة قال المؤلف لكن يلزم ان يكون مع هؤلاء النساء علامة تعلن بتلك الحالة حتى يفر منهن كل من وجد تلك العلامة والمتأخرون باستهزائهم بتلك الخرافات اهملوا بعض اشياء حقيقية تحتوى عليها اذ كثيرا ما يختفى فى توهمات العامة اصول حقيقية صحيحة تظهر بالتامل فحيث ساغ لنا ان نتأمل فى الرايحة التى تنتشر من التصعدات المختلفة الآتية من الحيوانات وفى الرايحة العطرية التى تتصاعد من جلود بعض النساء ساغ لنا ايضا ان نمعن النظر فيما قيل فى الافراز الطمثى ولا نقطع النظر فيه بدون تمييز وتأمل نعم لا اصدق ما قاله بلينوس وقلوميلوس وبعض العرب من الخرافات وانما اقول ان الابخرة الرديئة التى تتصاعد من امرأة مدة حيضها يمكن ان تفسد سائلا يسهل فساده كاللبن مثلا او تظهر تأثيرها فى بعض احراق المطابخ اليس من الواضح ان السائل المتفرز المحتبس فى اعضاء تناسل امرأة وحفظه مدة طويلة يمكن بفساده ان يكتسب فيها خواص ممرضة بل مهلكة انتهى

ورايحة السائل الطمثى مختلفة جدا بحيث يمكن تشبيهها برايحة القطيفة التى هى كريهة وان كان فيها عطرية وبعضهم ممن وجده سائلا وان كان ممسوكا فى الرحم مدة طويلة قال انه لا يحتوى على ليفية اصلا وعلى رأى اخرين انه كثيرا ما يخرج قطعا متجمدة فى بعض النساء اللاتى مشين بعد ان مكثن جالسات او نائمات ساعات كثيرة وقال ديونس ان دم الحيض لا يتجمد اصلا ومال المؤلف فى الطبع الاول لكتابه الى انه يحتوى على مادة ليفية اقل مما يحتوى عليه بقية دم البدن وانه مخلوط بمادة مخاطية ومصلية تجهز طبيعة من السطح الباطن لاعضاء التناسل وبذلك يصير لزجا فلا تكون فيه صفات الدم الذى يخرج عن جرح مثلا وقال فى الطبع الثانى والمشاهدات التى اجتنيتها والتجريبات التى فعلتها بعد ذلك حملتنى على ان اقرر الآن رأيا قطعيا استشعر به هنتر سابقا وهو ان الحيض وظيفة افرازية واكد جملة من العلماء هذا الرأى بالتجريبات بل قال بعضهم يغلب على الظن انه سيصير مجمعا عليه عند جميع العلماء فمن الواضح الآن ان دم الحيض لا يحتوى على مادة

ليفية اصلا كما تحقق ذلك ايضا بالتحاليل الكيماوية التى فعلت بايطاليا وبلاد الانقليز وغيرها واما عدم تجمده فيكفى لازالة الشك فى ذلك ان تشاهد حالته بعد احتباسه فى الرحم مدة طويلة فلا يوجد فيه تجمد اصلا فقد اتفق لامرأة عمرها ست وسبعون سنة انسد مهبلها بالكلية وتمددت رحمها تمددا واسعا فوجدت محتوية على نحو رطلين من مادة طمثية لزجة سائلة ومثل ذلك ايضا شوهد فى بنتين عمل لهما امند عملية الشق وانما الغلط فى تجمده نشأ من اختلاطه بالدم الاعتيادى الحاصل من عملية شق غشاء البكارة او المهبل فيتجمد الدم ولكن هذا عارض وليس وظيفة فى حالة اعتيادية انتهى ملخصا

(الفصل الثالث)

(فى سير الطمث)

اغلب النساء يكون دم الحيض فيهن اول يوم كثير السيولة مصليا قليل الكمية والتلون وفى اليوم الثانى يزيد قوامه ومقداره وفى الثالث يقرب لان يشابه الدم الذى يخرج بالرعاف وفى الرابع يتخذ صفات اليوم الثانى وفى الخامس يشبه دم اليوم الاول وقد يحصل خلاف ذلك فيتبع الاستفراغ سيرا بطيئا ولا يكثر حقيقة الا فى الرابع او الخامس وقد يسيل الدم فى بعض النساء فى الابتداء بكمية عظيمة كما فى اليوم الثانى او الثالث وفى بعض الاحوال يظهر اول يوم ولا يرجع فى الثانى ثم بعد ذلك يسيل بكثرة والغالب انه يسيل تنقيطا وبعض النساء تلتزم بان تحفظ منه بحفاظ خوف سقوطه على الارض لكثرته وكل حيضة يصحبها آلام شديدة فى القطن والخثلة وثقل متعب فى الشرج فى بعض النساء وكذا فى الخاليات عن الازواج ولاسيما اللاتى لم يلدن حيث يعتبر حيضهن كمرض حقيقى والظاهر ان سبب هذا العارض فى كثير من النساء هو صلابة عنق الرحم وطوله وعدم انبساطه والغالب حصول ذلك من حالة تهيج فى تجويف الرحم ولذلك قد يندفع من الطمث احيانا الى الخارج اغشية كاذبة على هيئة الغشاء الساقط وقد شاهد ذلك سابقا مرجانى وبعده شوسييه وغيره والعقم الذى نسبه دائما لتلك الحالة ناشئ على رأى بعضهم من انسداد

قحة البوقين بتلك التولدات الغير الاعتيادية قال المؤلف ومشاهداتى تؤيد كلام دائمان واما ما قاله مرجانى من ان النساء الممرضات لذلك لسن عقيمات فيظهر ان ذلك فى بعض مستثنيات واكثر من يصاب بتلك الظاهرات النساء البغايا اى الفاجرات ومن يستعمل فيهن الجماع بافراط اذ كل احد يعلم ان العقم يوجد فيهن كثيرا

(الفصل الرابع)
(فى اسباب الطمث ودوريته)

دورة الطمث يحصل عادة فى كل شهر والاحسن ان نقول فى كل ثمانية وعشرين يوما او تسعة وعشرين وبذلك يكون له نسبة بالشهر القمرى ونشاهد ادواره فى كثير من النساء متقاربة او متباعدة فقد يكون الدور اثنين وعشرين يوما او عشرين او ثمانية عشر بل خمسة عشر يوما قال المؤلف واعرف امرأة لم تمكث طاهرة من الحيض اكثر من اثنى عشر يوما واخرى لم ينقطع عنها ابدا فهى مستحاضة دائما ومع ذلك صحتها جيدة نهايته انها نحيفة ذات حساسية شديدة ونشاهد هذه الادوار الكثيرة على الخصوص فى البلاد الحارة فى النساء العصبيات بدون ان يتغير ذلك صحتهن وفى زمن اليأس تتبدل النحافة التى تصاحبهن غالبا بالسمن فكأن النزيف الذى كانت الطبيعة تقذفه يرجع كانه بالمنفعة على البنية وبعض النساء يكون دورهن اثنين وثلاثين يوما او خمسا وثلاثين او اربعين بل شهرين او ثلاثة مع كون ثقل الحيض فيهن كغيرهن من العالم وذلك يشاهد كثيرا فى نساء اغرونلند واللابونيا ونحوهما من الاقاليم الباردة وربما شوهد ذلك ايضا فى بعض نساء ارياف الاوربا وزعم بعضهم ان جميع النساء تحيض فى الخمسة عشر الاول من الشهر فنصفهن من الاول الى الثامن والباقى من الثامن الى الخامس عشر مع ان المشاهدات تبطل ذلك فقد شاهدنا من تحيض فى اخر الشهر كأوله فى جميع اشهر السنة فالحق انه ليس لذلك ضابط ثابت * واسباب الطمث اختلفت فيها اراء الفسيولوجيين قديما وحديثا فبعضهم قال موافقة لارسطاطاليس وجالينوس وسيمسون واسترولت

وغيرهم

وغيرهم ان الحيض ناشئ من امتلاء عام او موضعي وزيادة وافرة في الدم وقال بعضهم انه ناشئ من كون دم الرحم يحتوي على مقدار كبير من الكربون والازوت ونسبه آخرون لضعف نسبي في جدران الاوردة وللحركة العنيفة العمودية للدم وقيل انه ناتج من اصل مخمر او من تأثير جسم مهيج منبه مخصوص او انعاظ يحصل للمرأة وبعضهم وصفه بالتهاب عشق فجعله نتيجة شهية الجماع لكن لا يخفى ان الفسيولوجيا القديمة كانت محشوة بكلمات لا طائل تحتها ولا تجدي نفعا وذلك كمثل مسئلتنا التي نحن بصددها فان مثل تلك الافتراضات تزيد في عسر تلك المسئلة ولا تحلها

وكما لم يعرف جيدا سببه العام لم يوضح جيدا ايضا سبب مجيئه ادوارا فارسطو ومن تبعه نسبوا ذلك لتأثير القمر واشتهر ذلك في القبائل وكلام الشعراء وتبعهم على ذلك روسيل ايضا لكن ينقض ذلك ان المرأة الواحدة قد تحيض في الاوجه المختلفة لدورة القمر في مدة سنين بل في سنة واحدة وبالجملة فاتضاح ذلك يستدعي بحثا ومشاهدات جديدة

وقد تولعوا ايضا بالبحث عن الاسباب الغائية اى عن غاية الحيض وثمرته فكانت النتيجة قليلة الجدوى لان قولهم ان هذه الوظيفة تعرض الرحم للحبل وتحفظ فيه تلك الخاصة وتتغذى منه البذرة اذا انقطع في مدة الحمل وتعويدون ان تضعف المرأة لا يدل على شئ وايضا من المعلوم ان العلوق لا يحصل غالبا قبل ظهور الحيض الاول ولا بعد سن اليأس لكن لا يعرف سبب ذلك فالحيض علامة للحبل في الغالب لا سبب له فليست غيبوبة الحيض هي التي تنتج العقم وانما النساء اللاتي لم يحضن يكن في الغالب عقيمات لانه في كلا الحالين فقد شئ مما يتعلق باعضاء تناسلهن

(الفصل الخامس)
(في مجلس الحيض وتحولاته)

وقع اضطراب كثير في مجلس السائل الطمثي بين علماء الكائنات الطبيعية فاليونانيون والعرب واكثر المؤلفين من جميع الاعصار جعلوه في الرحم لكن

منهم من جعله فى قعرها ومنهم من جعله فى عنقها وبعضهم رآه خارجا بدون واسطة من المهبل اومن السطح الباطن للاجزاء المختلفة التى يتركب منها الفرج ويقال ان الرحم لا يمكنها ان تجهز هذا السائل اذا كان يسيل فى مدة الحمل ويظهر انه يسهل الجمع بين هذه الاراء فدم الحيض يخرج بدون نزاع من تجويف الرحم فى اكثر الاحوال كما يدل على ذلك امور واقعية كثيرة صحيحة فقد شوهدت الرحم مملوءة متمددة بمادة طمثية مع ان فتحتها منسدة فى نساء انقطع حيضهن من مدة طويلة بسبب مرض اولم يظهر فيهن بسبب تكون معيب فى المهبل اوالفرج وشوهد فى نساء اخر متن فى دور الحيض تغطية تجويف الرحم بكدم واحيانا وجد مملوأ بسائل طمثى فاذا ادخل بوزطنشيا فى كاس فرزجة ذات ساق سال السائل الى الخارج من القناة الموجودة فى ساق هذه الآلة فاذا كانت الرحم ساقطة شوهد خروجه من العنق فاذا ادخل الاصبع بين شفتى بوزطنشيا يحس بالسائل الطمثى خارجا باستقامة من هذا الجزء ومن المحقق من جهة اخرى ايضا انه شوهد احيانا رشحه من باطن المهبل اوالفرج قال المؤلف بل لا ارى امكان مجيئه من غير ذلك اذا لم تزل الحامل تحيض مدة ادوارها الى آخر الحمل ما لم يكن الحمل خارجا عن الرحم اوكانت الرحم مزدوجة لكن هذه مستثنيات خارجة عن العادة لا تبطل الاصل العام للحيض فحينئذ يكون محولا عن طريقه الاعتيادى كحصوله ايضا من مجرى البول اوالمستقيم اوالطرق الرئوية اوالاثداء اومن محل آخر من الاسطحة المخاطية

وهذا التحويل محقق وان كان غريبا فقد وجد فى امرأة ذكرها باقوبسون كان حيضها يسيل اولا من اظافرها بعد ولادة ولدتها ثم من اسناخ اسنانها وفى مدة ست سنوات كان يحصل من ثدييها ثم جاء بعد ذلك من الرئتين وفى حالة ذكرها الطبيب رشال وهى ان امرأة انقطع حيضها فحدث لها ورم فى الخثلة انفتح ونفذ منه الحيض مدة سنين كثيرة وشوهد فى اخرى خروج الدم تارة من الاصبع وتارة من زاوية العين وتارة من السرة وشوهد خروجه من

الفخذ والخاصرة والابط فى حالة ومن السبابة فى حالة اخرى وذكر دبويترن خروجه مرات كثيرة من جرح حصل عن حرق وشوهد انه ابدل برعاف وانه خرج من محل مسلك علق وضع على الركبة وعلى القسم المعدى وشوهد خروجه من معظم اجزاء الجسم فى بنت مسكينة ذكرها غردبان اتفق انه حصل فى دمها تحول كثير ففى الابتداء كان يحصل من جروح صغيرة فى ساقها ثم من بثرات نشأت على ذراعها الايسر ثم من داحس اصاب ابهامها الايسر ثم من جرحين احدهما فوق الزاوية الانفية للعين اليسرى والآخر فى الجفن الاعلى ثم من السرة ثم من الكعب الانسى للرجل اليسرى ثم من الاذن اليسرى ولما انقطع سيلان الدم من هذه المسالك حصل لها انزفة رعافية وقئ دموى ولكن جميع هذه الاحوال الغير الاعتيادية نادرة الحصول ويظهر انها فى كثير من الاحوال كانت نتيجة مرض حقيقى ويقال ان بعض النساء اللاتى لم يحضن اصلا او اللاتى يئسن يأساعرضيا قد يحصل لهن فى كل شهر اسهال يستمر مدة ايام او سيلان ابيض او اندفاعات جلدية * وقد ارادوا الوقوف على الينبوع الاصلى للطمث فبعضهم جعله فى الاوردة وهو رأى ويزال اوفى الشرايين وهو رأى رويش اوفى الاوعية الشعرية الشريانية وهو رأى ونزلوف اوفى غدد صغيرة مخصوصة وهو رأى لستير اوفى مجامع صغيرة مخصوصة وهو رأى سمسون اوفى جيوب وريدية زعموا وجودها وهو رأى استرول وهذه كلها افتراضات وآراء غير اكيدة ويعسر الوقوف على الصحيح منها وانما نقول ان السائل الطمثى يخرج من الرحم بالافراز او التبخير او التنفيس لكن بدون ان يعرف هل هو مرتشح من الاوعية الشعرية الوريدية اومن الشعرية الشريانية وانما المهم هو ان يعرف ان كيفية خروجه واحدة على رأى الجميع اى سواء كان مجلس السيلان جسم الرحم اوعنقه او المهبل او غير ذلك

(الفصل السادس)
(فى انقطاعه اى سن اليأس)

اليأس من الحيض اى انقطاعه يختلف مثل ما يختلف ظهوره الاول والغالب

ان يكون فيما بين خمس واربعين الى خمسين سنة وبعض النساء ييأسن فى اربعين
بل فى ست وثلاثين وفى ثلاثين وفى ست وعشرين او اربع وعشرين قال المؤلف
وعندى امثلة من ذلك كثيرة واعرف بنتا سنها خمس وعشرون سنة لم ترالحيض
منذ كان سنها ثمان عشرة سنة مع ان صحتها جيدة وامرأة سنها الآن ثنتان
وثلاثون سنة لم تره منذ كان سنها احدى وعشرون سنة الى الآن ولم يحصل
لها شئ من العوارض ومن النساء من يمكث حيضها الى خمس وخمسين
وستين وسبعين وذكروا نساء ايسن فى السن الاعتيادى لليأس ثم ظهر فيهن
الحيض من جديد فى سن ثنتين وسبعين اوفى ثمانين اوفى تسعين اوخمس
وتسعين بل وفى مائة وخمس سنين لكن نقول كما قال ديزرموس اذا لم
يكن هذا الرجوع نادرا فى ستين الى سبعين اوخمس وسبعين فمن المحقق انه له
اعتبار كونه علامة لمرض لانه رجوع حقيقى للطمث لان الامور الواقعية
النادرة لا تبطل قواعد البنية وسنشاهد فيما يأتى ان بعض النساء وجد
عندهن استعداد للتلقيح حينئذ وكما ان بعض النباتات تخضر احيانا لحظة فى
الخريف كذلك يمكن ان امرأة فى بعض الاحوال تقرب لحظة لسن شبوبيتها
بعد وصولها الى اواخر حياتها فهى آخر حركة عنيفة اجتهدت الطبيعة فى ان
تمنحها بها التذكرها ايام الصبا الماضية المفرحة لكن من سوء الحظ انها انما
تخدم لانحلال اجزائها الذى تجتهد المرأة اجتهادا غير نافع فى تقهقره ما امكن
وبالاختصار فالحيض فى الانتظام الاعتيادى ينقطع فيما بين الاربعين الى
الخمسين فى اقاليم اوربا المعتدلة كباريس مثلا وفيما بين ثلاثين الى اربعين
فى الاقاليم الحارة وفيما بين خمس واربعين الى خمس وخمسين فى المناطق
الشديدة البرودة ونقول بعبارة اخرى مدة اقامة الحيض كلها تقرب فى جميع
الجهات لثلاثين سنة فاذا بكر ظهوره بكر انقطاعه واذا تأخر ظهوره
تأخر انقطاعه وما خالف هذه القواعد العامة فمن المستثنيات او من الاحوال
المرضية

وسن اليأس يعلم بمغيب تدريجى لحسن الشبوبية فيذبل النهد والندات

وينكرش الجلد بحيث يظهر كانه اعرض من الجسم ويفقد نعومته وتختفى العينان فى الحجاجين ويتبدل اللون الاحمر الزاهى بلون مصفر واللون الارجوانى الذى كان بجلسه مع الضحك والاستبشار فى الشفتين الموردتين يخلفه لون مزرق رصاصى وبالجملة فجميع مايشاهد حينئذ يدل على ان زمن اللذات ولى وانقضى وان المرأة تجردت عن الملاحة والظرافة التى توجد فى نوعها ولذلك كان هناك وجه لتسمية هذا السن بسن اليأس وقد ثبت من البحث فى الاقاليم والبلاد انه لا يموت من النساء اكثر من الرجال فيما بين اربعين سنة الى خمسين مع ان الحيض ندر ان ينقطع دفعة وبدون تكدر فى الصحة بل تارة يسبق انقطاعه نقص تدريجى فى مدة كل دور وفى كمية الدم السائل وتارة يسبقه زيادة فى ذلك بحيث يتحول احيانا الى نزيف كثير وتارة ينقطع ثم يعود ثم ينقطع ثم يعود ايضا قبل ان ينقطع بالكلية ويحصل فى سيره عدم انتظام ثم تسيل مادة مخاطية ويحصل ملل وتعب واعياء وضيق نفس واوجاع عصبية بل وامراض ثقيلة تعرض لبعض النساء وتارة لا يحصل شئ من ذلك والصحة التى بقيت سليمة الى الآن تبقى بعد ذلك فى غاية السلامة فتظهر القوى ويتبدل النحول بالسمن وتجد المرأة نفسها فى حالة عدم الحيض احسن مما كانت فى زمنه

(الفصل السابع)

(فى احتباس الطمث)

الافراز الطمثى قد يحتبس فى مخزنه كما يحتبس البول والصفراء وغيرهما فيتراكم ويبقى فى باطن الاعضاء المفرزة له وحصول هذا العارض يكون تارة من عدم ثقب عنق الرحم اوانسداده وتارة من الفقد الخلقى للمهبل او الانسداد العارض لجزء منه او لكله وتارة من تغير فى الفرج او من بقاء غشاء البكارة مع عدم ثقبه وانظر ما يتعلق بذلك فى مبحث غشاء البكارة وراجع شرح الاعراض التى تحصل من احتباس الطمث والعمليات اللازمة له فى مبحث الحبل الكاذب وعسر الولاده

(الباب الثاني)
(في التناسل)

التناسل معد لبقاء النوع البشرى فهو وظيفة مخصوصة بالكائنات الحية بخلاف غير الحية فانها مستنتجة بفتح التاء الثانية لا منتجة بكسر التاء وهو من اغرب ظاهرات الحيوانات ولذلك اجتهدوا من ابتداء الزمن الى وقتنا هذا في معرفة كيفية حصوله ومنشائه وعجائبه لعظم الاهتمام بذلك

(القسم الاول)
(في معارف اولية)

اولا زعم فيثاغورس وتلامذته ان النطفة تتولد من دم الطمث المساعد برطوبة تنزل من المخ مدة الجماع وكل ذلك ينمو بمقتضى الحكمة الالهية وهذا الرأى غريب غير واضح * وثانيا قال امبيدكلوس وبقراط ان الرجل والمرأة يحتويان على اجزاء الجنين من اى نوع كان اى ذكرا كان او انثى وان هذه الاجزاء تنضم في الرحم عند الوقاع ومعناه انه يوجد في مبيض النساء اعضاء وظيفتها افراز سائل تناسلي يشبه السائل المنوى الذى للرجال فتكون الجنين حاصل من اختلاط هذين السائلين ببعضهما عند الجماع ثم اختلفت اراء الاطباء في فهم هذه العبارة فبعضهم رأى ان منى المرأة محتاج لان يحيى بمنى الرجل حتى يكتسب شكل الجنين وبعضهم رأى انه يحصل من امتزاج المنيين شبه التبلور في الاملاح وهذا الرأى من اصله ضعيف لان المبيضين لا يفرزان منيا والسائل الذى ينزل من بعض النساء عند الجماع انما هو مادة مخاطية اتية من غدد المهبل * وثالثا زعم ارسطاطاليس ان الرحم كقالب للتماثيل الرخامية والمرأة تجهز الرخام والرجل كالنحات النقاش والصورة التى تحصل من ذلك هى الجنين * ورابعا رأى جالينوس ان الجنين حاصل من منى الرجل واما المادة الاتية من المرأة فانما تنفع لتغذيته * وذهب هرفيه ان البذرة تتكون في الرحم بعد التلقيح لا انها كانت موجودة قبل ذلك في المبيض وذلك عكس رأى جراف فانه يزعم ان كل حيوان يتولد من بيضة والنطف في النوع البشرى توجد

فى المبيض على شكل بيض او حوصلات صغيرة شفافة

والرأى القديم المسمى بمذهب مزج النطف هجر عموما واما الجديد المسمى بمذهب البذريين فانه انتشر واشتهر وهو المتسلطن الآن غير انه لم يصل الى القرن التاسع عشر المسيحى حتى حصل فيه تنوعات كثيرة وذلك انه بعد اكتشاف البذر اثبت جماعة من العلماء ان النطف توجد مكونة فى السائل الاتى من الرجل وانها تسمى بالحيوانات الصغيرة الحية وانها حية بالفعل وكل نقطة واحدة من المنى تحتوى منها على ملايين كثيرة لان لين بطروخ سمكة قد يكون فيه من تلك الحيوانات مائة وخمسون بليونا بل ثلاثمائة بليون فاذا قذفت فى تجويف الرحم ماتت كلها فى بعض ايام ماعدا من يقدر الله خلقه فانه يتثبت فى محل من الرحم على رأى بعض او يذهب الى البوق على رأى آخرين ويصل الى المبيض ويدخل ويسكن فى حوصلة موجودة فيه ثم يرجع معها الى الرحم على شكل بيضة صغيرة ومن ذلك نشأ اسم آخر لذلك المذهب يقال له مذهب الحيوانات الدقيقة وهو مذهب يجعل للرجل اعظم مدخل فى التلقيح بخلاف مذهب البذريين فانه يجعل اعظم جزء من ذلك للمرأة وربما وجد فى كتب قدماء الفلاسفة مايشير لمذهب الحيوانات الدقيقة فمن ذلك ماقال افلاطون انه يبذر فى الرحم حيوانات صغيرة كما يبذر الحب فى المزارع ولصغرها لانشاهدها ابصارنا انتهى وذكر موبيرتويس ان بذرة النوعين مكونة من اجزاء صغيرة تمتزج فى الرحم امتزاج العناصر الكيماوية وتتجاذب وتتحد وزعم بوفون ان فى وقت الشهوة الشديدة ينفصل من جميع اجزاء كل من الرجل والمرأة فى آن واحد عدد معين من اجزاء آلية تتشكل بشكل الاعضاء الخارجة منها وهى متوافقة فى الرجل والمرأة وبوصولها للرحم تجذب الاجزاء المتشابهة بعضها بعضا بحيث ان الاجزاء الاتية من عين الرجل او انفه او اذنه او ذراعه او رئته او قلبه او اصبعه لاتنضم الا بنظيرتها من اجزاء المرأة ولكن هذا رأى غير معقول وكل من تلك الاراء السابقة له اصل قوى بناه عليه قائله وعورض باشياء اخر واطالة الكلام فى البحث عن كل رأى منها يخرجنا عن مقصودنا

فى هذا الكتاب ويكفينا من ذلك ما اوردناه وما تلوناه

(القسم الثانى)
(فى كيفية التناسل)

التناسل وظيفة متضاعفة جدا فى الحيوانات التى هى فى اعلى درجة من السلم فلاجل معرفة جملتها جيدا يلزم البحث عنها تفصيلا فى رتب الحيوانات المختلفة فاولا من المهم ان نبين معنى اربع كلمات وهى تناسل او انتاج وتوالد وتلقيح وعلوق لان جعلها مترادفة غلط سيما فى الحيوانات ذوات الثدى فنعنى بتناسل او انتاج وظيفة تامة واما توالد فيعنى به تكوين النطف واما تلقيح فهو الفعل الذى به تنضم النطفتان بعضهما او الذى به يحيى احدى النطفتين الاخرى واما لفظة علوق الذى معناه فى الحقيقة الامساك فلا ينبغى بحسب العقل استعماله الا فى ايقاف النطفة الملقحة فى اعضاء التناسل ويقال ايضا ان لفظة تناسل او انتاج جنس كلى واما الثلاثة الاخر فلا تنسب الا لظاهرات منفصلة عن بعضها يمكن ان يوجد كل منها على حدته دون غيره او توجد كلها معا على حسب الرتبة من الحيوانات التى يفتش عليها فيها فانواع البوليبوس التى تتناسل بواسطة النطف لها توالد لكن ليس لها تلقيح ولا علوق والضفادع تنتج ايضا نطفا وتلك النطف نوعان مذكر ومؤنث ويلزم ان يختلطا حتى ان التناسل يحصل لكن من حيث ان الاختلاط يحصل فى الخارج لم يكن للضفادع علوق وان كان لها توالد وتلقيح وفى الطيور يوجد امساك النطفة الملقحة فبموجب ذلك يكون لها توالد وتلقيح وعلوق وفى ذوات الثدى ومنها الانسان تنمو النطفة الحية فى باطن الحيوان فيوجد زيادة على ما سبق حبل ثم دفع اى ولادة فوظيفة التناسل اذن مركبة فى النوع البشرى اولا من التوالد اى تكون النطف وثانيا من التلقيح اى احياء النطفة وثالثا من العلوق اى امساك النطفة الحية ورابعا من الحبل او الحمل وخامسا من الولادة اى اندفاع الجنين

الفصل الاول

(الفصل الاول)
(فى النطف)

من الحيوانات من تكون نطفها اجزاء تنفصل منها نظير تولد النبات من اغصانه المفصولة منه وذلك كالحيوانات المكروسكوبية والزوفيت وبعض الديدان ومنها من تتولد فيه النطف من اعضاء مخصوصة تسمى اعضاء التناسل فتارة تكون تلك الاعضاء مذكرها ومؤنثها فى شخص واحد كالقوقع والحلزون وكثير من الحيوانات الرخوة وتارة تكون فى شخصين بحيث تكون النطفة المذكرة فى شخص والمؤنثة فى آخر كما يشاهد نظير ذلك كله فى النباتات

(المبحث الاول)
(فى النطفة المؤنثة)

النطفة المؤنثة فى الحيوانات التى هى من الاسماك الى المرأة يظهر انها تكون فى المبيض فتكون فى الجميع على هيئة حواصل مسماة بالبذر كذا ثبت من بحث كثير من العلماء والبذرة فى الهوام والطيور كبيرة الحجم جدا بالنسبة لبذرة المرأة وفى ذوات الثدى بسيطة التولد فالمبيض كغدة وظيفتها الخاصة افراز البذر فعلى ما حققه بريفوس ودوماس ان ذلك البذر لا يتكون فى غير المبيض وانه يوجد فيه دائما فى جميع الحيوانات البالغة القابلة للتلقيح ولا ينمو الا فى زمن البلوغ ويفقد فى العجائز وان الحيوانات التى يحصل الوقاع بينها فى جميع ازمنة السنة يوجد فيها ذلك البذر دائما حتى يحصل لها العقم واما التى لا تطلب الجماع الا مرة واحدة فى السنة فلا يوجد فيها الا زمن اجتماع الذكر بالانثى وهذه الحوصلات تكون فى الابتداء صغيرة جدا وتنتهى حالها بان تكتسب حجم حب الشهدانج ولا تعظم كلها فى وقت واحد وانما تعظم منها واحدة او ثنتان غالبا حتى يصل النامى لغاية الكمال فتسمك جدرانه وتعتم وترتفع عن سطح المبيض كانها تريد ان تمزق غشاءها الخارج فالبذرة فى دور انبساطها المذكور مركبة من كيسين صغيرين احدهما ظاهر اعظم من الآخر ملتصق بمنسوج المبيض والآخر باطن اصغر من الاول وهو فى الحقيقة البذرة نفسها خلافا لبريفوس

ودوماس فانهما اليرزالا حافظين للكيس الاول اسم الحوصلة

وبعد انكشاف البذر بحثوا فى مسألة وهى هل البذر انتقل من الام الى بنتها مع عنصر اعضائها اولم يتكون فى البنت الازمن البلوغ ومن تلك المسألة نشأ البيان النظرى الشهير لتداخل النطف وتنازع فيه العلماء ومنهم هالير وبونيت فتمسك الاخير منهما اعنى بونيت بانه ينبغى ان يرجع اصل الانسان الموجود الآن ومن وجد ومن سيوجد الى مبيض اول امرأة اى ان المبيض فى النساء الاول كان محتويا على نطف جميع النوع البشرى متداخلة فى بعضها غيران تلك الانقسامات اللانهايته التى تتحير فيها العقول كانت سببا لهجر القول بالوجود السابق للنطف وصار المقبول الآن هو ان تلك النطف نتيجة افراز بسيط

(المبحث الثانى)
(فى النطفة المذكرة)

هى الآتية من الذكر وهى سائل ابيض لزج يسمى بالمنى واذا خرج من مجرى البول كان مركبا من جوهر منفرز من الخصيتين ومن سائل يتصاعد من جدران الحوصلتين المنويتين ومن السائل البروستاتى ولكن اختلف فى السائل الاصلى للتوليد من تلك السوائل هل هو البخار المنوى المتصعد من المنى او المنى المختلط بما ذكرنا او الحيوانات الصغيرة اما الاول فلا لان اسبلنزانى لم يتيسر له ان يلقح بيض الضفادع الا بالملامسة للبن الذكر بدون واسطة واما الثانى فلا ايضا لان الذى تجهزه الحوصلتان والبروستتا ومجرى البول انما يعتبر كحامل للمنى المنفرز من الخصيتين واما الثالث فهو الذى تمسك به كثير من المؤلفين ولهج به كثير من العلماء فى اقطار كثيرة وتلك الحيوانات الصغيرة اجسام مكروسكوبية تتحرك من نفسها لجهة معينة وطرفها المنتفخ المفرطح ينشأ منه الذنب الدقيق المستطيل ويقال ان فيها الصغير والكبير والبالغ والعجوز والقوى والضعيف والذكر والانثى

وعلى حسب تجربيات بريفوس ودوماس انها لا توجد الا فى اعضاء التناسل

الذكور

للذكور وتختلف عن الكرات المتحركة التى فى السائلات الاخر من الجسم فى شكلها الذى هو دائما واحد فى النوع الواحد من الحيوانات وفى كيفية سيرها وفى غير ذلك وابها دائما طرف منتفخ وجزء مستطيل ورأسها تارة بيضاوى او يقرب للاستدارة وتارة على شكل مربع معين لكن لا يعرف الا اذا شوهد من وجهه لان فيه تفرطحا وذنبها تارة مستقيم طويل مخروطى كما فى حيوانات منى الديكة وتارة قصير دقيق كما فى الكلاب وتارة مستطيل متموج كشكل ذنب الديدان الدقيقة الرأس التى توجد فى احشاء الانسان واقطارها لا تجاوز واحدا او اثنين او ثلاثة مثينية من ميليميتر ولا تشاهد فى السائل المنوى قبل البلوغ ولا فى الشيخ الهرم ولا فى غير وقت الفصول التى تنزو فيها الحيوانات ولا فى البغال لكونها لا تلد ولا فى المادة الاتية من مجرى البول او البروستتا او الحوصلتين المنويتين وتوجد بتلك الصفات نفسها فى جميع الحيوانات التى تفقد منها تلك الاعضاء المذكورة كلا او بعضا فالخصيتان وحدهما هما المفرزتان لتلك المادة فكل حيوان ملقح توجد تلك المادة فى خصيته وفى قناته المنوية غالبا وحركة هذه الحيوانات يظهر انها ارادية فانها تذهب دائما الى الامام ويمكن قتلها بثورة كهربائية فتبطل حركتها والمادة الحاملة لتلك الحيوانات فى خروجها من الغدة المجهزة لها تكون زائدة الثخن بحيث ان حركة تلك الحيوانات فيها ربما كانت غير محسوسة لكن يكفى لظهور حركتها خلط تلك المادة بسائل آخر او حلها فى سائل الحوصلة او مجرى البول واما الكرات المكروسكوبية البسيطة فليس لها رأس ولا ذنب بل هى مستديرة غير منتظمة الشكل تارة كبيرة وتارة صغيرة ولا تتحرك الا من قوة دافعة خارجية وتوجد فى جميع سائلات الجسم كالدم والمصل واللبن والسائل المنوى نفسه قبل البلوغ ثم ان هذين العالمين تحقق عندهما بواسطة التلقيح الصناعى الذى فعلاه مرات كثيرة ان هذه الحيوانات هى التى وحدها تقوم منها النطفة وما اتفق لهما فى تجريباتهما احياء النطفة اذا كان السائل المستعمل غير محتو على شئ من تلك الحيوانات كان قتلت او اتلفت باى تالف

كان بخلاف ما اذا كان محتويا على شيء فيهما فان التلقيح كان سهل الانالة لهما
ولكن تجربياتهما وان كانت بغاية التحقيق والامانة الا انه لا يتيسر لنا ان
نعرض صفحا عن ما قاله غيرهما قال اسبلنزاني ان هذه الحيوانات غريبة عن
التلقيح فلا دخل لها فيه وفريه اعتبرها كانها محتوية على حوصلات صغيرة
مملوءة بمسحوق كالمسحوق التناسلي للازهار وتنفجر متى نزلت في عضو الانثى
ورسبال انتصب معارضا للقائلين بها فقال انها بقايا عضوية او ناتجة من فساد
المني واما نحن فنستنبط من تلك الاراء المتعارضة رايا قريبا للثبوت
وهو ان نطفة المرأة هي البذرة ونطفة الرجل محوية في السائل المنوي
وان هذا السائل يحتوي على حيوانات صغيرة والذي منهما له اعظم دخل
في التلقيح مجهول الى الآن

هذا ومن الامور الغير المنازع فيها انتقال بعض الاستعدادات المرضية للطفل
من والديه وكون التشوهات الخلقية في بعض الاحيان موروثة فان لم يصح
ان نقول كما قال ارسطاطاليس ان الاعرج يلد الاعرج دائما والاعمى يلد
الاعمى فاقله ان نقول ان ذلك كثير الحصول ولذلك ذكر مورموس ان
معلمه بالمدرسة كان اعرج وأولد ثلاث غلمان مثله ايضا وولد بنتا سليمة من دائه
وقد عرف من زمن ارسطاطاليس الى الآن ان الصبيان تشبه عموما امهاتهم
واما البنات فتميل الى تقاطيع آبائهن لكن هنالك اختلاف كثير في ذلك بحيث
لا يمكن ان يستنتج بالنظر لذلك كيفية حصول ذلك التوالد

(الفصل الثاني)

(في التلقيح)

اذا اكتسبت النطفة جميع نموها تحصل فيها ظاهرة جديدة وهي انضمام بعض
عناصرها ببعضها فتحصل فيها الحركة والحياة وهذه الظاهرة هي التلقيح الذي
يصح ان تكون كيفية حصوله في الواقع دائما واحدة واما بحسب الظاهر فتختلف
باختلاف الحيوانات فالحلزون وان كان ذكره وانثاه في فرد واحد الا انه لا يمكن
ان يلقح نفسه وانما يلزم ان يجامعه نظيره فيحصل لكل منهما التلقيح فيكون كل

ملقحا

ملقحا وملقحــا وكان زهرة النبات الوحيدة النوع لايلاقى مسحوقها التناسلى مبيض النبـاتات الوحيدة النوع ايضا الابالصدفة كذلك فى كثيرمن الاسماك والحيوانات الرخوة يظهر ان المصادفة وحدهاهى التى تهدى الذكرحيث تعرض الانثى بيضهاله ليندبه بلبنه والضفادع وان لم يكن لها جماع حقيق الاان الاجتماع لها لازم والتلقيح يحصل وقت خروج بيض الانثى الى الخارج ولما فى الثعابين والطيور وذوات الثدى كالادمى فيلزم ان نطفة الذكرتذهب لتلقيح الانثى فى باطن اعضاء التناسل

(المبحث الاول)

(فى مجلس التلقيح)

المحل الذى تتلاقى فيه النطفتان لم يعرف الى الآن معرفة تامة فهل هو المبيض اوالبوق اوالرحم اما المتقدمون فاختاروا ان احياء النطفتين يكون فى الرحم وان ذلك يحصل بواسطة عنصر عصبى فى غاية اللطافة وبذلك قال فيثاغورس اوبامتزاج مغناطيسى وبذلك قال هرفيه اوبالسائل المنوى للذكر واما القائلون بان محل البذرهو المبيض فيقولون ان الاجتماع لايكون الافى المبيض وهو رأى معظم الفسيولوجيين الآن غيرانهم اختلفوا فى حصول ذلك هل هو بامتصاص المادة المنوية بعد دخولها فى المهبل وذهابها للمبيض من طريق دورة الدم وهذا رأى شوسييه واختاره دوجيس اوبواسطة البخار المنوى الذى قال به فبريس اوبمزج مغناطيسى اوباثارة كهربائية اومن مجرد الاضطراب الذى يحصل بالوطئ اقوال * واما القائلون بالحيوانات الصغيرة فمنهم من يرى ان التلقيح يحصل فى الرحم بدون مشاركة البذرومنهم من يرى ان الحيوانات المذكورة تجذب فى الرحم حوصلات المبيض لتتراكم معها هناك فيحصل التلقيح ومنهم من فرض ان واحدا من تلك الحيوانات يجد بذرة فى الرحم فيدخل فيها برفعه صماما صغيرا منها وفى هذه اللحظة يحصل التلقيح واما بريفوس ودوماس فرجعا الى رأى بقراط وارسطاطاليس واختارا ان تجويف الرحم هو مجلس التلقيح وكذا ذلك باموررمنها انهما لم يجدا

فى تجربياتهما شيأ من تلك الحيوانات فى البوق ولا فى المبيض مع انهما وجدا كثيرا منها فى الرحم وقرنيه ومنها ان البذر محتاج قبل الخلط الى ان يغلف بطبقة مخاطية ولا يأخذ ذلك الا من البوق فى ذهابه من المبيض الى الرحم ومنها انهما لم يشاهدا حصول التلقيح الصناعى للبذر الذى اخذاه من المبيض مباشرة مع انه لا شئ اسهل عندهما من احياء البذر الذى اجتاز البوق لكن يشكل على ذلك ان رودش شاهد المادة المولدة اعنى المنى فى بوقى امرأة زانية قتلها زوجها عند ذلك وان هالبر وجد مثل ذلك فى اناث حيوانات قتلها كذلك وهنتر شاهد مثل ذلك فى كلاب وورنان رأى نحوه فى البقر وحيث علم عندنا انه لا يمكن تلقيح بيض الضفادع الا بتغطيتها قبل ذلك بدهان مخاطى سميك ساغ لنا ان نقيس على ذلك حصوله ايضا فى النساء واما البذور التى وجدها بريغوس ودوماس غير قابلة للتلقيح فيظهر انهما لم يفصلاها بقوة من المبيض الابعد ان احدثت الآلات تغيرا فيها فعلى فرض انه لم يثبت وجود حمل بوقى ولا مشاهدة الجنين الذى شاهد بوسيير نصفه فى البوق ونصفه فى المبيض ولا الحمل الخارج عن الرحم الذى شوهد كثيرا افلا تكفى تجربيات نولن وهجتون لاثبات ان انضمام النطف لا يحصل فى الرحم فان الاول ربط البوق بعد الوقاع برباط ثم قتل الحيوان فوجد البذرة واقفة على الخيط ومحاطة بنصف القناة المنوية اى البوقية والثانى لم ير حصول التلقيح فى الجانب الذى ربط فيه البوق من ارنب

(المبحث الثانى)

(فى كيفية التلقيح وفى الجسم الاصفر)

كيفية حركة التلقيح خفية علينا ونهاية ما نقول فيها ان واحدة من الحوصلات المحوية فى المبيض تعظم بسرعة بعد البلوغ وتعلو عن سطح العضو فيرق غشاؤها الظاهر شيأ فشيأ ثم فى وقت الجماع تنشق فتفر منها بذرة صغيرة هى البذرة الحقيقية تدخل حالا فى البوق الموضوع طرفه بهيئة المحجم على المحل الذى فيه البذرة من المبيض فالحفظة التى تحتوى على البذرة قبل ان تنشق سماها

بعضهم بالجسم الاصفر ثم اذا انشقت المحفظة حصل منها برح صغير دام يلتحم تدريجيا ويترك فى محله ثنية اواثرة هابطة يختلف عمقها وتلك الثنية اوالاثرة هى التى سماها البروغيره بالجسم الاصفر والظاهر ان هذا هو المختار عند بريغوس ودوماس قال المؤلف وتحقيق هذين القولين يحتاج لتفتيش جديد اما انا فانى شاهدت فى مبيض النساء حتى قبل التلقيح كتلة مصفرة بل كتلا فى حجم بسلة وتارة كبندقة وبعد شقها شاهدت فيها احيانا حالة نخاجية كدرنة رئوية غيرلينة وتارة كنظر مادة متجمدة محببة تلتصق بما يلامسها وتارة كنظر كيس يأخذ فى اللين من مركزه الى دائرته والبروز الذى يحصل منها على سطح المبيض تارة يكون عظيما جدا فاذا تمزقت عند كمالها يحصل منها تجويف لا يلتحم الا بطئ ويترك بعده انخفاضا عميقا يكون اثرا يدل على وجودها فيه قبل وما يحصل للبذرة يمكن حصوله لثنتين او ثلاث اواكثر وسواء حصل انتشار البذرة بواسطة الاضطراب الذى يحصل حالة الجماع اوبشوران كهربائى او ببخار منوى او بحيوانات صغيرة او باى عنصر كان من المادة المنوية فيلزم بعد كل تلقيح ان ينفصل من المبيض بذرة يحصل منها حالا مهما كان نوعها كائن مشابه للكائن المنتج لها سواء وصل عنصر المنى باستقامة الى نطفة المرأة اولم يصل الا بعد ان دخل فى الدورة العامة فهذا ما ثبت من المشاهدات ولا يعرف منها ازيد من ذلك

(المبحث الثالث)
(فى التلقيح الصناعى)

امكان التلقيح الصناعى فى النبات غير مشكوك فيه وهو الذى يستعمل عندنا فى النخيل وقد جرب ايضا فى الحيوانات فمليجى عمله فى دود القز ولم ينجح معه ونجح مع اليعقوبى فى انواع من الاسماك واسبلنزانى نجح معه ذلك فى كثير من الحيوانات كالضفادع وغيرها وتجاسروا على عمل ذلك ايضا فى ذوات الثدى ونجح معه ايضا فى نوع الكلاب ذات الوبر الطويل كما نجح معه فى الضفادع وكرورسى هذه التجربة فحصل منه نتيجة مثل ذلك وذكر موندات انه شاهد

النجاح فى ثمانية عشر تجربة من ثلاثين عملها اوّرساكى بواسطة انبوبة طويلة
من زجاج تخدم موصلا للبخار المنوى من ذكر الكلاب الى مهبل مؤنثها
وكثير من المتأخرين شك فى ذلك الا ان ما يتعلق بمثل نوع الضفادع خصوصا
صار الآن امرا غير منازع فيه عند بريغوس ودوماس

واما فى النساء فلم يكن عندنا دليل يثبت امكان ذلك وان ظنه بعض المؤلفين
ولبساطة سلوت وعدم تأمله قال انه اتفق ان منى الرجل قذف فى بلعوم امرأة
فحصل من ذلك حمل فى معدتها والحالة التى ذكرها الو يزوهى حصول التلقيح
من الشرج كان المهبل فيها مفتوحا فى المستقيم ومثل ذلك يحصل ايضا فى قناة
البول اذا كانت الرحم مفتوحة فى المثانة واذ اشوهد حصول العلوق كثيرا
مع عدم انثقاب الفرج فما ذاك الا لكونه بقى بعض ثقوب فى غشاء البكارة
مر منها المنى فمثل تلك الاشياء تثبت انه ليس بلازم فى جميع الاحوال ان السائل
المنوى يتجه باستقامة من القضيب الى عنق الرحم لكن لا يؤخذ منها ظن ان
التلقيح الصناعى ممكن فى النوع البشرى وبالجملة فليس هناك افتراض فى ذلك
الا وفيه معارضات بل شك ايضا فى تأثير المبيضين نفسهما فى ظاهرات التلقيح
فقد اتفق ان امرأة سنة ١٨٢٤ مسيحية ماتت بمارستان مدرسة الطب وقبل
موتها باكثر من سنة كان يظهر ان فى بطنها اوراما كثيرة وكانت حاملا فى اربعة
اشهر فلما فتحت جثتها تحقق فيها جملة كثيرة من اورام شبيهة بالمخ على السطح
الباطن للبريتون ولم يوجد اثر للمبيضين اصلا بخلاف الرحم واحد البوقين فقط
فانهما كانا سليمين لكن يمكن ان يقال ان المبيضين لم يصابا بالمرض الا بعد
التلقيح غير ان التمسك بهذا التأويل يبعده شرح حالة المرأة تفصيلا .

(الفصل الثالث)

(فى العلوق)

اذا انضمت النطفة فى الباطن فالناتج من ذلك يمسك فى العادة ويقف فى محل ما
من المجموع التناسلى وهذه الظاهرة هى المسماة بالعلوق فهى غير التلقيح
لانه اذا حصل التلقيح خارجا عن الحيوان كما فى الاسماك وكثير من الهوام

لم يصح

لم يصح ان يقال انه يوجد علوق حقيقى واما فى الطوائف التى هى اعلى عن ذلك فيوجد دائما فيظهر ببادى النظر ان جهله ظاهرة مستقلة غير نافع ويصح بدون خطر خلطه بالحبل لكن اذا نظر اليه باقرب من ذلك لم يلبث الحال قليلا حتى يتحقق العكس فان الثعابين والطيور ليس لها حبل مع ان لها علوق فالعلوق يشمل اذن ما يحصل بين لحظة الاحيا والوقت الذى يبتدأ فيه نمو البذرة الملقحة سواء تثبتت لاجل ذلك فى محل من القناة التناسلية او احتاجت للاندفاع لتكابد التحضين والفقس فى الخارج بالكلية

(الكتاب الثالث)
(فى الحبل)

اذا اخرجت البذرة الملقحة من اعضاء الانثى قبل ان تبتدأ النطفة فى النمو كما فى الطيور لم يكن هناك حمل وتسمى الحيوانات بذوات البيض او مولدات البيض فاذا تكون الجنين فى مروره من البوق لكن بحيث لا يمكنه ان ينفصل من قشرته الا بعد زمن الفقس كما فى بعض الهوام لم يكن هناك فى الحقيقة ايضا حبل ويقال للحيوانات ذوات البيض الحى اما اذا كابدت البذرة كلها التحضين فى باطن اعضاء التناسل ولم يندفع الجنين الى الخارج الا بعد ان يحصل فى اعضائه نمو كاف به يمكنه ان يعيش وينمو فى العالم الخارج فانه يقال ان هناك حبلا او حملا وذلك هو ما يشاهد فى ذوات الثدى فانه يوجد فيها رحم وغيرها يسكن فيها ما نتج من التلقيح الى وقت كماله وتسمى هذه الحيوانات ذات الاجنة الاحيا

فالحمل فى النوع البشرى هو احدى ظاهرات التناسل التى من المهم دراستها والبذرة الملقحة اذا وصلت بدون عائق الى تجويف الرحم ومسكت فيه يقال ان الحمل جيد او طبيعى او رحمى فاذا وقفت ونمت فى المبيض او سقطت فى تجويف البريتون او وقفت فى البوق او دخلت فى سمك جدران الرحم يقال للحمل ردئ او مخالف للطبيعة او خارج عن الرحم اى عن تجويفه والنوع الاول اى الحمل الجيد ينقسم الى ثلاثة اشكال حمل بسيط اذا لم تحتو

الرحم الانجلى بذرة واحدة وحمل مزدوج اومثلث اومربع اومركب اذا احتوت على بذرتين اوثلاث اواربع وحمل مضاعف اذا كان مع البذرة اشياء غريبة عنها كبوليبوس اومقدار كبير من الماء اومرض آخر فى الجنين اوفى الرحم * والنوع الثانى اى الحمل الردى على اربعة اشكال آتية من المجلس الذى تختاره البذرة الملقحة حمل مبيضى وحمل بطنى اوبريتونى وحمل بوقى وحمل خلالى اى فى سمك الرحم وبعض المؤلفين لما رأى ان هنالك امراضا يحصل عنها اغلب علامات الحمل وضع له تقسيما اوليا عاما فقال الحمل اماصادق واما كاذب اى ظاهرى وقال ان الاول يتكون من وجود جنين اوجملة اجنة والثانى من امراض تزيد فى حجم الرحم والبطن وليس معهما جنين اصلا فعلامة الاول وجود الجنين والثانى عدمه لكن نقول اطلاق الحمل على هذا الانتفاخ غير مناسب لان شبهه بالحمل ضعيف اذلا جنين اصلا

(التعليم الاول)
(فى الحمل الصادق)

(الباب الاول)
(فى الحمل الرحمى)

متى حصل الحمل ظهر فى البنية تغيرات منها ما يكون موضعيا اوطبيعيا اومادبا ومنها ما يكون مختلفا او برهيا اوعاما ومنها ما يحصل فى جميع الانواع ومنها ما يخص نوعا منها ولما كان الحمل الرحمى يجمع معظمها وهو الحمل الحقيقى فى النوع البشرى ذكرنا اولا ما يخصه

(القسم الاول)
(فى الحمل البسيط)

الاضطرابات العامة التى يسببها الجماع وقتية فى المرأة والرجل اذا لم ينتج من ذلك الوطئ تلقيح فان نتج منه ذلك بقيت حالة الهيجان والانتصاب اوالتشنج فى الرحم والبوقين ويتكون من ذلك افتتاح حياة جديدة للرحم وتغيرات كثيرة فى جميع البنية

(الفصل الاول)
(فى التغيرات التشريحية)

البطن وما يتعلق به من الاعضاء يستدعى انتباها مخصوصا

(المبحث الاول)
(فى تغيرات الرحم من الحمل)

التغيرات التى تحصل فى الرحم عظيمة الاعتبار لانه يتغير حجمها وشكلها ووضعها او اتجاهها او تركيبها او خواصها ولنذكر ذلك فى مطالب

(المطلب الاول)
(فى تغيرات فى حجم الرحم)

اذا حصل العلوق زادت ابعاد الرحم ثم قيل ان النمو يتبع سيرا منتظما الى آخر الحمل وقيل بدون استواء وقال ديزرموس ان سيره فى الاشهر الاول بطيء وفى الشهرين او الثلاثة الاخيرة سريع وفى الابتداء يكون النمو فى الجدران فقط ثم فى الجدران والتجويف معا وليس الجسم وحده هو الذى يكابد هذا العظم وتمسكت القابلة بوادين تمسكا لا يخلو عن غلط يقينا بان العنق فى الشهر الثانى يكون طوله قريبا من قيراطين وفى آخر الثالث يكون جسم الرحم قيراطين ونصفا فى جميع ابعاده وثلاثة قراريط ونصفا فى الشهر الرابع وفى هذا الزمن الاخير تنمو الغضون العليا للعنق وتنتشر على هيئة اعصاب دقيقة وفى الشهر السابع يتفرش الثلث العلوى للعنق على القسم السفلى للجسم الذى تميز عنه احيانا من الباطن بمنطقة وردية ويكون جزوه السفلى اكثر بياضا من غيره وقدره خمسة عشر خطا ومن ضمنه بوزطنشيا الذى طوله من خمسة خطوط الى ستة وفى الشهر الثامن يكون طول العنق فى العادة اقل من قيراط ولا يفقد بالكلية فى الكرة الرحمية الا فى الشهر التاسع بحيث انه من ابتداء الحمل الى وقت الطلق يرق وينبسط ويتسع تدريجا قبل ان يزول بالكلية وقال بتيلى ان ربع العنق يتسع فى الثالث ونصفه فى الخامس لكن نقول ان ذلك لا يحصل اقله فى معظم الاحوال قال المؤلف وينبغى ان ننبه وفاقا لديزرموس على

ان العنق اذا جردناه عن بوزطنشيا يفقد ثلث طوله تقريبا فى الشهر الخامس ونصفه فى السادس وثلثاه اوثلاثة ارباعه فى السابع وثلاثة ارباعه او اربعة اخماسه فى آخر الثامن والباقى يزول فى التاسع وبعد هذا كله فالتمسك برأى دون آخر غلط لان المشاهدات المتكررة والتجريبات الجيدة لاتؤكد الوثوق برأى دون رأى فالتغيرات التى يكابدها طول العنق مدة الحمل تختلف كاختلاف صفاته التشريحية فى حالة فراغه فبموجب ذلك يلزم ان يؤخذ ماذكرته على سبيل الاغلب ويقال ان وقت الوضع يكون القطر القائم للرحم اثنى عشر قيراطا والمقدم الخلفى تسعة قراريط والمستعرض ثمانية قراريط ونصفا وقد وجدت فى ثلاث نسوة متن قبل تمزق الاغشية ان القطر الكبير فى اثنين منهن خمسة عشر قيراطا وفى واحدة ثلاثة عشر والقطر المقدم الخلفى فى واحدة ثمانية قراريط وفى ثنتين عشرة والمستعرض فى ثنتين احد عشر وفى واحدة تسعة ودائرة الرحم فى ارتفاع البوقين ستة وعشرون قيراطا تقريبا وفى محاذاة الجزء الرحمى من العنق ثلاثة عشر اصبعا فقط وقال لوفريت ان الرحم التى يكون مسطح مساحتها فى حالة الفراغ ثلاثة عشر قيراطا يكون فى وقت الولادة ثلاثمائة وتسعة وثلاثين وان تجويفها الذى تكون مساحته فى الحالة الاولى اربعة اخماس قيراط تكون فى الحالة الثانية اربعمائة قيراط وثمانية قراريط وان كتلتها التى كانت قبل الحمل اربعة قراريط وثلثا تكون احدى وخمسين عند الولادة وزيف المؤلف كلامه فى تجويف الرحم وقال انه يمكن ان يحتوى التجويف بمقتضى ماقاله على سبعة عشر رطلا من ماء مع ان البذرة كلها بمياهها اثمانزن غالبا من سبعة ارطال الى عشرة انتهى

(المطلب الثانى)

(فى تغيرات فى شكل الرحم)

الرحم بدل ان تبقى مفرطحة الوجهين تستدير ولم تلبث قليلا حتى تصير كمثرية فالزاوية المهبلية يظهر كانها تضيق وتدق وفتحة الرحم تصير احيانا مستديرة او يزول كونها شقا خيطيا اومستعرضا ولاسيما فى الاشهر الاول

من الحمل واحيانا تنفتح انفتاحا واسعا وشفتاها تسمكان وتصيران اكثر رخاوة سيما فى النساء اللاتى ولدن اولادا ويظهر فى بعض احوال الولادة الاولى انها تنطبق بالكلية بحيث ان الاصبع يعسر ان يميزها

ثم ان الرحم تصل تدريجا الى شكل بيضاوى طرفه الدقيق ملتفت الى الاسفل وجدارها الخلفى الذى كان اكثر تقببا من المقدم قبل التلقيح بنحو بحيث يظهر ان البوقين نزلا الى الاسفل نزولا عظيما وان اصلهما انتهى بمحاذاة محل اتصال الثلثين الخلفيين من دائرة الرحم بثلثها المقدم وقعر الرحم يتوتر جدا ومن حيث ان ابعاد الرحم تقرب للتساوى فى جميع الجهات نحو الشهر الخامس او السادس يكون شكلها حينئذ كاناء كرى منته بعنق قصير جدا ويصح تشبيهه بمثانة طرفها الذى هو جهة مجرى البول اى العنق يظهر كأنه مربوط بخيط فى مسافة قيراط او قيراطين فاذا تخيل حينئذ ان شخصا يرخى ببطئ من الاعلى الى الاسفل دوائر الربط السادلذلك العنق حال كون آخر ينفخ فى قعرها ليمددها حصل عند ذلك تخيل الزوال التدريجى لطرف الرحم

قال المؤلف ويظهر لى ان الرحم يدل ان تحفظ استدارتها وانتظامها فى الاشهر الاربعة الاول كما ذكروا ذلك عموما تتفرطح قليلا فى جهة الامام والخلف وجزؤها العجزى يكون عادة منضغطا ليتوافق مع شكل النتو البارز او الجزء القطنى من السلسلة وفى آخر الحمل لا يكون العنق الا حويصلة مكونة من شفتى بوزطنشيا وسمكها يختلف على حسب كون هذه اول ولادة او سبقها غيرها ففى الحالة الاولى تكاد الحويصلة ان لا توجد وانما تبدل بدائرة تأخذ فى الرقة تدريجا وفى الحالة الثانية تحفظ غالبا سمك خطين او ثلاثة او اربعة الى وقت الولادة وفوهتها تبقى منسدة غالبا وحافتاها ملساوين منتظمتين رقيقتين الى آخر الحمل فى النساء اللاتى لم يلدن اما فى غيرهن فيبكر انفتاح تلك الفوهة

قال المؤلف قد اتفق لى مرات كثيرة ادخال الاصبع فيها فى حوامل لهن خمسة اشهر ونصف او ستة وهى اوسع وارخى من الاسفل واصلب واضيق من الاعلى وتجويفها يشبه اصبع الكف الذى يلبس فى اليد فهو مستطيل بحيث يمكن

منه لمس الاغشية عاريه ويعرف وضع الجنين قبل الولادة باشهر كثيرة

(المطلب الثالث)

(تغيرات فى موضع الرحم)

الرحم مادامت اخذه فى نمو الطول وزيادة الحجم تكابد ايضا تغيرات فى الوضع وفى المجاورة فعنقها ينخفض ويقرب للفرج وذلك يتضح فى بعض النساء غالبا ويخفى فى بعضهن وتوجد هذه الظاهرة غالبا وتستمر زمنا طويلا فى ذوات الحوض العريض والاليـاف الرخوة وعكس ذلك فى غيرهن وان لم تندر مشاهدتها فى الشابات الاقويا فى الحمل الاول ومع ذلك فبوزطنشيا لم يلبث قليلا حتى يصعد ببطء كلما عظم حجم الرحم وقد ذكر هذه الظاهرة سابقا ارسطاطاليس وذكرها بعده كثير من القوابل وفى الشهر الثالث يشغل تقريبا المحل الذى كان شاغلا له قبل التلقيح ولا يزال يعلو بعد ذلك حتى يصل احيانا الى الزاوية العجزية الفقرية واحيانا ينزل من ابتداء السادس اوالسابع اوالثامن حتى يقرب جدا للمضيق السفلى

واما قعر الرحم الذى يكاد ان لا يجاوز محاذاة المضيق العلوى فى الثالث فيرتفع بعرض اصبعين من اصابع اليد فى الرابع ويقرب للسرة فى الخامس حتى يصل اليها بل قد يجاوزها ايضا فى آخر السادس فيصعد ايضا فى السابع والثامن لكن لا يصل الى الحجاب الحاجز ولا الى الكبد ولا يملأ القسم الشراسيفى كما زعمه بعض المؤلفين قال المؤلف وقد شاهدت انه كثيرا ما يبقى فى القسم المتوسط المعدى الى وقت الولادة نعم فى بعض الاحوال لا يمكن غير ذلك بحيث انه فى آخر شهر من الحمل يكون فى الغالب مركز الحوض منفصلا عن السرة بمسافة من ثمانية عشر قيراطا الى عشرين وعلى كل حال فالرحم من حيث انها تتعب من ثقل الجنين فى الشهر التاسع يظهر كانها تنخفض وتهبط على نفسها وبسبب ذلك تعظم زيادة فى العرض اكثر من الامام الى الخلف مع انها لم تكن كذلك فيما سبق

(المطلب الرابع)

(تغيرات فى اتجاه الرحم)

اذا كانت الرحم سائبة فى الحوض الصغير ولم توقفها قاعدة العجز فان نصفها الخلفى المكون لكتلة اعظم من نصفها المقدم يميل لان يذهب الى الخلف بحيث ان بوزطنشيا بانخفاضه يبعد عن العجز ليقرب الى العانة وذلك الزوغان يتسبب عن تمدد المثانة وتفريغها على التعاقب فان كانت الرحم غير جيدة الحفظ من الامام بجدران البطن ومنضغطة بالاحشاء بحيث تلتزم المرأة لحفظ موازنتها ان تميل رأسها ومنكبيها الى الخلف لان الظاهر انها عند نموها وملامستها للنتوء البارز لا ترتفع الا تابعة لمحور المضيق العلوى

الانحرافات * لما كانت الرحم موضوعة من الخلف على جزء صلب بارز مستدير كان بقاؤها محفوظة على الخط المتوسط عند اتجاهها فى البطن عسرا وانما الغالب زوغانها من جانب الى آخر ففى ثمان مرات من عشرة تزوغ الى اليمين بحيث ان احد جانبيها وهو الايسر اذا كان الانحراف الى اليمين او الايمن اذا كان الانحراف الى اليسار يتجه حالا الى الامام فيحصل من ذلك ان قسمها المقدم يلتفت قليلا الى اليمين فى الحالة الاولى والى اليسار فى الحالة الثانية وبالاختصار يظهر كانها تلتف على محورها الكبير ومعرفة هذه الحالة مهمة عندما يراد استعمال العملية القيصرية

اولا انحراف الجسم * وقد وضحوا سبب كثرة انحراف الرحم الى اليمين بكيفيات كثيرة وربما ظهر انه يكفى لذلك وجود المستقيم الممتلئ عادة بمادة ثفلية يابسة جدا فى الحوامل لكن شوهد ان هذا الانحراف يشاهد ايضا فيمن ليس عندهن امساك بل فيمن عندهن اسهال وقال ديرزموس ان الرحم اذا ارتفعت فى البطن تندفع الى اليمين بكتلة الامعاء الدقاق وقولون المتعرج وذلك لان الماساريقا المثبتة فى مقدم السلسلة تتجه بانحراف من الاعلى الى الاسفل ومن اليمين الى اليسار انتهى قال المؤلف وهذا غلط بل انما يتجه اصل الماساريقا من اليسار الى اليمين ولا ادرى كيف غلط ديرزموس فى ذلك مع انه من المحققين

فاذا كان تعريج قولون فى الجانب الايسر كان الاعور الكبير الحجم فى الجانب الايمن فيقع التعادل وظن آخرون ومنهم لوفريت ان اندغام المشيمة بتحديده تمدد جزء من الرحم قد يحصل منه الانحرافات الجانبية لكن نقول اولا ان جزء الرحم الملاصق للمشيمة يتوتر اقل من الاجزاء الاخر وثانيا اذا قلنا بذلك لزم ان مشيمة الجنسين ترتبط غالبا على اليمين مع ان المشاهد العكس قال المؤلف وانا اختار ان الرحم لا يمكن ان تستقر على مقدم العمود الفقري فتنحنى غالبا على اليمين بسبب اعتياد النوم على ذلك الجانب وعلى استعمال اليد اليمنى اكثر من اليسرى وقبل الوثوق بهذا البيان ينبغى ان يقام دليل على ان النساء اللاتى يستعملن عكس ذلك لا يحصل لهن الانحراف اليمينى ونقول قد ذكر مريوس انه شاهد الانحراف اليسارى فى امرأة من هذا القبيل اى تعمل جميع اعمالها بيسارها قال جمع من العلماء ويعسر نقض مثل هذا الرأى

ثانيا انحراف العنق * متى انحنى قعر الرحم وجسمه الى الامام واليمين اتجه العنق غالبا الى الخلف واليسار ومع ذلك من الغلط ظن حصول ذلك دائما فيصح ان الفتحة تبقى فى مركز التقعير وان كان الانحراف المقدم والجانبى زائدا جدا اوانها تتجه الى الخلف اكثر مما يدل عليه وضع القعر قال المؤلف وكثيرا ما وجدت مسطحها موازيا للوجه المقدم للعجز فى الازمنة الاخيرة من الحمل مع انه لم يكن هنالك انحراف الى الامام ويصح ايضا ان تميل الى اليمين وان كان القعر منحنيا الى تلك الجهة وذلك نادر جدا وهذه الانحرافات فى العنق كثيرة بحيث يظهر ان قدماء المؤلفين شاهدوها

(المطلب الخامس)
(تغيرات فى سمك الرحم)

وقعت مشاجرات كبيرة فى سمك الرحم مدة الحمل فذكر جالينوس انه يكون قويا فى الابتداء وضعيفا فى الوسط واضعف فى الآخر ومثله بولديجين وزعم بعض ان الرحم لا تتوتر وتعظم الا بالنظر لسمك جدرانها وقيل يكون سمكها بعد الحمل كسمكها قبله وقيل انها تكون اسمك والعجب من مثل هذا الخلاف

والنزاع

ا التزاع الكبير فى امر يسهل تحقيقه غير ان ذلك ناشئ من الاحوال التى كان فيها المشاهدون وذلك ان القدماء كانوا الا يتمكنون من فتح جثة ميت فكانوا يقيسون ذلك على نظائره فيرون ان جدران المثانة تكون ارق كلما كانت اكثر تمددا بالبول وشاهدوا مثل ذلك ايضا فى رحم كثير من الحيوانات ولم يظنوا انه يمكن خلاف ذلك فى النوع البشرى وان كان شوهد فى النساء اللواتى متن بنزيف مدة الولادة اوفى الثلث الاخير من الحمل اوباستسقاء رحمى بسبب كون البذرة فيهن محتوية على مقدار كبير من سائل امنيوسى ان الطبقة اللحمية من الرحم تكون رقيقة جدا بل تتحول فى بعض الاحيان الى نصف سمكها الاعتيادى او ثلثه بل الى ربعه حتى ان بعضهم وجد اربعة خطوط فى الجزء المندغمة فيه المشيمة وخطا واحدا فقط فى غيره من الاقسام واثبت آخرون خلاف ذلك ولكن بعد ذلك اتضحت الحقائق وذهبت تلك الافتراضات العقلية وثبت ان جدران الرحم تحفظ تقريبا سمكها مدة سير الحمل كما كانت فى حالة الفراغ ويكون ذلك السمك اقوى فى محل اندغام المشيمة لا اضعف كما زعمه بعضهم ثم يأخذ فى النقص من القعر الى العنق حيث يكون هناك فى الغالب من خطين الى ثلاثة بل قد يكون اقل من ذلك ثم ان السمك يزيد قليلا فى جميع اجزاء العضو كلها الى الشهر الثالث او الرابع وفى بعض الاحيان ينقص عن حدوده الاولية ثم يجاوزها من جديد ويكون ذلك فى اواخر ازمنة الحمل ما عدا العنق فانه يرق حينئذ فقد شوهد ذلك السمك عشر خطوط فى امرأة ماتت برصاصة وحملها شهر واحد وتحقق ايضا كونه اعظم من ذلك فى امرأة تمت اشهر حملها وتمزقت اغشيتها وعملت لها العملية القيصرية على انه يختلف باختلاف النساء ولا يكون فى جميع اجزاء العضو على السواء فالقسم الذى يستند على الزاوية العجزية الفقرية يكون فى العادة رقيقا جدا ويشاهد احيانا مثل ذلك فى محاذاة العانة ويختلف فى غير تلك الاجزاء حتى فى الحال المحاذية لما يبرز من الجنين كما كانه مثلا ويكون ذلك السمك عظيما بعد خروج المياه كما قبلها وزائد العظم بعد الولادة حالا واقل من ذلك فى الزمن الاول من الطلق

ونحو وسط الحمل وينقص نقصا محسوسا بل كثيرا جدا في النساء المصابات بالنزيف او اللواتي متن منه بدون ان تمزق البذرة

(المطلب السادس)
(تغيرات في تركيب الرحم)

بنية الرحم في حالة الفراغ كانها غير كاملة ولا تكمل وتنمو الا مدة الحمل فاليافها التي كانت قليلة الاحمرار كثيفة تصير غير متميزة فتلين وتزيد احمرارا وتظهر فيها مسطحات واوعية يسهل معرفتها وتتبعها والمنسوج الخلوي الذي كان اولا متينا مندمجا مرنا يتخلخل ويلين ويقرب لحالة المنسوج الخلوي العام للبنية وبذلك يسهل تمدده واتساعه وكذلك الفروع الشريانية التي هي منثنية على نفسها كثيرا على هيئة القناة المنوية وملجمة في هذه الحالة بصفائح مرنة كثيفة فانها تطيع الارتخاء العام فتطول شيأ فشيأ وزواياها التي كانت اولا حادة في انثنائها تجعف وتعظم وتنتهي بان لا يكون فيها تعوج عميق ولا تعرج بحيث لا تعوق دورة الدم والاوردة تكابد ايضا مثل هذه التغيرات فبعد ان كانت في الحالة الطبيعية غليظة واقل اعوجاجا تتسع وتنمو بسرعة ايضا كالشرايين وفي نهاية الحمل تخطط الطبقة اللحمية بخطوط تتجه بجميع ضروب الاتجاه فيتكون منها شبكة كانها تفصل تلك الطبقة الى مسطحين ويعظم حجمها بحيث يدخل فيها ريشة او طرف الخنصر احيانا وكلما قربت للغشاء المخاطي زاد اتساعها بحيث يتكون منها مخروطات قاعدتها مقلوبة وتلك المخروطات شرحها سابقا استرول مسماة بالاوردة الاعورية غيران هالير ردها الى طبيعتها الاولى وسماها بالجيوب الوريدية والاوعية الليمفاوية تتسع بحيث اذا حقنت بالزيبق جاز ان يساوي حجمها ريشة غراب ويتكون منها غلاف فضي على سطح الرحم والاعصاب ايضا يزيد حجمها على رأي هنتر

والغشاء المخاطي الذي يعسر اثبات وجوده في غير زمن الحمل يصير اوضح واكثر احمرارا وخملا ويمكن فصله الى اهداب متميزة عن بعضها والثنيات التي

يتكون

بتكون منها غلاف لغضون العنق ترتخى حتى تزول فى النصف الاخير من الحمل والغشاء المصلى يدخل ايضا فى جميع هذه التغيرات وغلط بيشا فى تمسكه بان البريتون كبقية الاغشية الشفافة غير قابل للانبساط ففى آخر الحمل لا يزال الرباط المصلى المستقيم باقيا والاربطة العريضة وغيرها من الثنيات البريتونية المنجذبة لا تزول وان كانت تفقد ابعادها اى اقطارها النسبية بل بعض شئ من ابعادها المطلقة ومع ذلك اذا اخترنا انها تنبسط انبساطا تاما فصفائحها لا تكفى لان تحيط بدائرة قدرها ستة وعشرون قيراطا فاذن من الواضح ان الوريقة المصلية تنمو بنسبة نمو الطبقة اللحمية للرحم وتبقى ملامسة لنفس المحال من الطبقات التى تحتها من ابتداء الحمل الى آخره قال المؤلف وقد شاهدت ان حجمها يزيد لانه ينقص وان التصاقاتها يقل ارتخاؤها مدة مكابدتها هذا الاتساع

(المطلب السابع)

(تغيرات فى خواص الرحم)

كلما انبسطت اوعية الرحم هرع الدم اليها وينتهى حال الرحم بان تكون على هيئة اسفنجة محقونة بالسائل ومن حيث ان الطمث ينقطع متى حصل التلقيح نسب بعض المؤلفين لهذه الظاهرة معظم التنوعات التى يكابدها الرحم حينئذ لكن ذلك غير مقبول لان مثل هذه التغيرات تشاهد فى النساء اللاتى لم يزل حيضهن الدورى مستدا مامدة الحمل وكذا اذا كانت الرحم متمددة بوليبوس وانها لا تشاهد فى احوال انقطاع الطمث بدون سبب مرضى والرحم فى حال فراغها يمكن مسها وقرعها وضغطها بدون ان يحصل للمرأة وجع امامدة نمو البذرة فادنى صدمة اولمس من الجنين تحس به المرأة فالقوة الحساسية والانقباضية تكونان فيه كما فى اعضاء الحياة الحيوانية ومع ذلك فالرحم حينئذ اقل قابلية للتهيج مما اختاروا عموما

ولاجل شرح عظم تجويف الرحم ذكر القدماء ان البذرة بنموها تمدد هذا التجويف كما توسع انبوبة من زجاج بالنفخ فيها وهى لينة بالحرارة ومثانة

بامتلائها بسائل او هواء وقال بعضهم ان الرحم تتمدد من نفسها من تأثير قوة ممددة لها وانها كالقلب والمنسوج الانتصابي تعظم جدا بخاصة من خواصها الحيوية فقط لكن ذلك يتضح به الامر الواقعي بدون ان يعرف السبب مع ان المحقق ان القوة الممددة غير حاصلة عن البذرة وانما هي قاطنة في الرحم نفسها ويؤيد ذلك ما شاهده المؤلف خمس مرات وكذا غيره قبله من ان تجويف الرحم الخالي عن البذرة يتمدد في الحمل الغير الطبيعي كما يتمدد في الطبيعي وما سوى ذلك نقول لاجل توضيح هذا التمدد والاتساع لانقول كما قال ملبيجي ان ذلك ناشئ من عنصر قابل للتخمر كائن في البذرة او كما قال غيره انه من فعل حيوي مخصوص وانما نقول ان سبب ذلك انتفاخ الرحم الذي احدثه التلقيح ولم يزل محفوظا فيها بوجود البذرة فالاحتقان الذي في الرحم يستدعي افراطا في التغذية ومن وصول الاجزاء الجديدة اليها دائما تطول اليافها فتنبسط القنوات الوعائية آخذة في العظم ولا يتم ذلك الانبساط والعظم بدون ان تزيد سعة الدوائر والاقواس التي توجد في كل ليفة وكل وعاء من اوعية العضو فتكون سعة تجويف الرحم ناشئة ولابد من التغذية الزائدة في جدرانها وذكر بعضهم ان تجويف جسم الرحم يتسع في الابتداء بنسبة اعظم من اتساع تجويف العنق وزيادة على ذلك انه يتسع وحده فقط مدة الاشهر الثلاثة الاول

(المبحث الثاني)

(في حالة الاعضاء المتعلقة بالرحم)

التغيرات التي تحصل في الرحم بالنظر لوضعها وحجمها وثقلها قد يحصل منها تغيرات في الاجزاء المجاورة لها * فاولا ينخفض عنق الرحم في الاشهر الاول من الحمل فيقصر المهبل ويزيد عرضه فاذا جذبه الرحم بعد ذلك الى الاعلى استطال وانتهى حاله بان يصير على شكل مخروط رأسه في الفرج وبتشربه السائلات تلين جدرانه وتكتسب عواميده المقدمة والخلفية احيانا حجما عظيما سيما كلما قربت الى الظاهر * وثانيا ان البوقين المحفوظين بالاربطة العريضة على جانبي الرحم يعظمان ويصيران اكثر احمرارا واوعية في السطح

الباطن

الباطن لصيوانهما بحيث يصيران كانهما اسفنجيان * وثالثا ينخفض
المبيضان كذلك فيزيد حجمهما وتتسع اوعيتهما بل تصير احيانا دوالية بحيث
تتمزق فيحصل من ذلك نزيف مهلك * ورابعا الالياف الاربطة المبرومة تصير اكثر
وضوحا وتنمو وتحمر بحيث تكون عند الولادة حزمتان عضليتان حقيقيتان
يكون انقباضهما في بعض الاحوال واضحا بحيث شاهده المؤلف في ثلاث
نسوة والظهر مدة التلامذة مدة كون الرحم حينئذ ينقبض ايضا الدفع المشيمة
ونقول بالاختصار ان انخفاض اصلهما مع اصل البوقين يكون اوضح واظهر
فلا التفات لمن يقول انهما لا يتغيران عن حالتهما

(المبحث الثالث)

(حالة البطن والاحشاء)

اولا المثانة تصعد على المضيق العلوى وقناة البول تختنق خلف الارتفاق
العانى ويقرب اتجاهها اللاقية وفوهتها تغور تحت طرف القوس فيصير ادخال
القاثاطير فى النساء الحوامل اذ ذاك عسرا وقد يتفق ان المثانة المضغوطة جدا
بالرحم من اعلى قعرها اكثر من اسفله تبرز فى اعلى المهبل كما شاهد ذلك المؤلف
فى النصف الثانى من الحمل * وثانيا المعا المستقيم من حيث انه مختنق
من الاعلى ولا يقبل الدفع من الحجاب الحاجز يتمدد بالمادة الثفلية ويغير حالة
الجدار الخلفى للمهبل * وثالثا الامعاء الدقاق من حيث انها ترتفع الى الاعلى
بقعر الرحم ويكون جزء منها موضوعا احيانا امامها قد يحصل فيها انضغاط
بحيث يحدث من ذلك قولنج ومغص تختلف شدته وقد يدخل جزؤها الاكثر
تحركا فى التقعير المستقيمى المهبلى وهناك قد يختنق ويحدث من ذلك عوارض
خطرة لكن الغالب انها تندفع نحو القسم القطنى او تصعد باستقامة فتؤثر
على قولون المستعرض والمعدة والكبد * ورابعا الحجاب الحاجز من حيث انه
يندفع فى الصدر فيتسع عرض قاعدته وينقص قطره العمودى يحصل له تعب
فى حركات الانخفاض * وخامسا جلد الخثلة اى البطن السفلى يرق ويغطى
ببقع مبيضة وخطوط معوجة او مقوسة تمتد بها الى الاسفل ويتخلخل فيصير

كقماش شد حتى قارب التمزق ثم بعد الولادة يظهر كان البطن كله مغطى باثر التحامية شبكية ويحصل فيه تثن وكثيرا ما يكون كذلك ايضا جلد الفخذ والالية فى النساء القصار واللاتى كبرت بطونهن فى الحمل * وسادسا العضلات المستقيمة يتسع عرضها فينقص سمكها وتدفع على الجوانب فيجذب معها الشريان الشراسيفى ومعرفة ذلك مهمة فى العملية القيصرية * وسابعا الصفاقات تتخلخل فتعظم الحلقة الاربية قليلا لكن الذى يكابد اعظم التغيرات هو الخط الابيض لانه وحده هو الذى يقاوم ثقل الرحم والاحشاء فبدل ان يكون اصبعا يكون اربعة اصابع فى جزئه المتوسط ثم فى نهاية الحمل لا يوجد فى محله الا هيئة خرقة رقيقة اوشبكة لينة * وثامنا السرة تنفتح قليلا وتكون برزوارق وذلك مما يصير الفتق السرى سهل الحصول وبعض النساء يكون فيها تباعد الالياف الوترية التى على الخط المتوسط زائدا بحيث يظهر كانها مثقوبة بفتحة واسعة معينية اوبيضاوية يقرب طرفاها الشراسيف اوالعانة كثيرا اوقليلا وفى هذه الحالة يبقى بعد الولادة فى وسط البطن ورم مستطيل وشبه فتق بطنى يزيد احيانا من تكرر الولادة بحيث يسهل للرحم ان تنقلب الى الامام اعلى المضيق العلوى

(المبحث الرابع)

(حالة الحوض)

ضغط الرحم على اوعية تقعير الحوض لا بد وان يتعب الدورة الوريدية فى الاجزاء المحيطة بها ولذا كثيرا ما يشاهد رشح فى اعضاء التناسل الظاهرة والاطراف السفلى اى الرجلين فتمتلئ تلك الاعضاء بالدوالى وتصير مجلسا لآلام شديدة يصح ان تنسب لانضغاط اعصاب الضفائر القطنية والعجزية ثم ان الحوض مدة الحمل ترتخى مفاصله الصلبة المتينة بحيث ينتهى حالها فى بعض النساء بان تصير فيها حركة عظيمة وذلك شئ محقق الآن بالمشاهدات وتلك الحركات قد تكون حركة تراكب اى بحيث يركب احد العظمين على الآخر وقد تكون بدون تراكب قالت القابلة بوافين لا يندر ان يشاهد بين

عظمى

عظمى العانة ستة خطوط او ثمانية او عشرة بل اثنى عشر ايضا والمشاهدات في ذلك كثيرة بل في بعض الحيوانات ذوات الثدي تتباعد عظام الحوض زمن الحمل بحيث ينتهي حالها بان تغيب في اثناء الاجزاء الرخوة لكن لاشك ان هذا اللين الخارج عن الحد في تلك الاحوال بسبب التهابا وتقيحا في الارتفاقات وذلك يحصل من الوقوف والمشي المتعبين المؤلمين لبعض النساء في اواخر الحمل فمن الانصاف ان يعد تحرك الحوض من التغيرات المرضية كما ذكر ذلك بعضهم والذي انحط عليه كلام المؤلف ان اللين الخفيف للارتفاق العاني يحصل لجميع النساء مدة الحمل وان تحرك عظام الحوض لا يحصل الا في بعض الاحوال ويندر ان يكون في نفسه حالة مرضية نعم يجيء المفاصل التي كانت محلا للامراض مختلفة وان حالة الارتفاق العاني من كونه يشبه من كل وجه مفصل فقرتين يعرف منها الاى شيء يتسلطن اللين في هذا المفصل بدرجة اقوى مما يكون في الارتفاقات الخلفية ولذا كان الغالب ان اسطحته تكون بعد الحمل وانقضائه اكثر تباعدا بقليل منها قبل الحمل في اغلب النساء اللاتي ولدن مرات مع ان المفاصل الخلفية لا يبقى فيها اثر من ذلك التباعد غالبا مالم يحصل فيما عقب الولادة التهاب مفصلي يعقبه تسوس في العظام

(الباب الرابع)
(في الاعراض السمباوية)

التنوعات المادية التي ذكرناها تؤثر على بقية الجسم فينشأ منها ماسموه علامات عمومية للحمل وعقلية ومبهمة ومشكوكا فيها وغير ذلك فمما اشتهر عند العامة وذكره سابقا بقراط وجالينوس ان الجماع الذي يحصل منه التلقيح يكون معه لذة قوية اعظم من لذة الجماع الخالي عن ذلك ويشعر به كل من المتجامعين وان عضو الرجل على رأى ارسطاطاليس يخرج من فرج المرأة مع رطوبة اقل مما يخرج في غيره وان السائل المنوي لا يخرج الى الخارج ثم بعد الجماع حالا يسقط المتجامعان في حالة ذبول وهبوط وحياء غير اعتيادي ويحصل للمرأة غشيان واغماء وقشعريرة ومغص واحساس بحركة دودية

تذهب من الرحم وتنتشر فى الحفرتين الحرقفيتين والخاصرتين و يحصل قراقر اولا تكون فى الرحم فيستشعر كانها مملوءة بغاز ثم فى جميع البطن وقد تكون القشعريرة عامة ومركزها البطن فهذه هى تمام الاعراض التى تحصل من التلقيح ثم يعقب تلك الحالة الحمل الحقيقى فالاعين تفقد حيويتها ولمعانها وتعلن بالضعف وتهبط فى الحجاج والاجفان تحاط بدائر مسودة او كالحة اور صاصية والانف يطول ويدق والفم يتسع بسبب تباعد زاويتيه عن بعضهما وتخاطيط الوجه تنسحب الى الخلف ولذلك تظهر الذقن بارزة الى الامام والوجه يصير كالحا ويغطى ببقع تختلف اتساعا وعددا ولونا فتارة تكون شقرا وتارة سمرا وتارة وهو نادر بيضا معتمة او لبنية والعنق ينتفخ ويصير محلسا للاحتقان والثديان ينموان وتقوى حساسيتهما وصلابتهما وربما استخرج منهما بعض نقط مصلية مبيضة والحلمة ترتفع وتبرز والهالة تعرض وتسمر وتزيد درقة طبقتها الجلدية ويكون فيها احيانا بقع مبيضة تشبه التى فى الوجه وتسمى هذه الظاهرات عند العامة بالتكاليف والنفس قد يكون عسرا او ربما ضيقا وقد يعرض سعال يابس مستمر والغالب كونه تشنجيا والصوت يحصل فى نغمته تغير والنبض الذى يكون فى الابتداء بطيأ يكتسب تواترا ثم قوة وصلابة ثم يصير عريضا ممتلئا واحيانا غير مستواى يضرب وثبا ثم فجائيا مضطربا كما فى بعض المحمومين وعند الولادة يكون تشنجيا ضيقا وبالجملة يظهر كان الشريان موتر يضرب بقوة وتواتر وسرعة والدورة تقوى فيكثر الدم وكثيرا ما يحصل النزيف الخطر والدم الذى يخرج من الوريد بالفصد مثلا او على سبيل العرض من بعض الاعضاء يغطى بغلالة التهابية تختلف فى الثخن وحرارة الجسم ترتفع وذلك يحمل النساء الحوامل على تحمل البرد اكثر من غيرهن والتنفيس الغير المحسوس يكثر فيهن وتنتشر منه رائحة حضية او مخصوصة والبول يكثر نزوله بسبب الضغط على المثانة ويغطى بغمامة ويكثر رسبه وجميع الافرازات تحصل بقوة فاللعاب خصوصا يزيد بحيث يصبن بعض النساء بالتلعب اى سيلان اللعاب مدة اشهر والكبد تتكدر وظائفها فالوا

فيحدث من ذلك البقع الشمسية فى الوجه وبقية الجلد ويتغير الذوق والهضم ويحصل نقص شهية وغثيان وقىء واسهال او عسر براز ثم يعقب ذلك فى الغالب فقد تام للشهية فلا تشتهى المرأة لتغذيتها الا اشياء غريبة عن الاطعمة بالكلية او غير مقبولة للنفس كالطين والرماد والجير والفحم وتارة تشتهى اللحم العفن والعنكبوت ونحوه من الحيوانات القذرة فتجدها لذيذة والغالب ان نفوس الحبالى تسأم الاشياء الشحمية والغذاء الحيوانى ويناسبهن الثمار والبقول وبعضهن يطلب مع غاية الاجتهاد المشروبات الحمضية ولا يهوى الا الاطعمة المجهزة بالخل كالسلطات ونحوها .

ومعظم هذه الظواهر يزول غالبا فى الشهر الثالث او الرابع من الحمل وهى التى تسمى عند الناس بالوحم ثم يعقب هذه الحالة التى هى فقد الشهية والقرف فى الاشهر الاول من الحمل شهية قوية وسهولة هضم وحب للمشروبات الروحية لمن اعتاد عليها ثم فى الثلث الاخير من الحمل تضطرب وظائف الهضم من جديد لان المعدة حينئذ لضيقها بالمزاحمة لا تقبل الا مقدارا قليلا من الطعام والشراب فظهر ان التغذية تكون فى ابتداء الحمل قليلة ثم تكثر ثم تضعف وبعض النساء يكن زمن الحمل فى صحة جيدة ومنهن من تهزل ويظهر نقصها كل يوم

والاخلاق النفسانية تتغير فيهن ايضا فقد يلبسن ثياب الحزن ويتصفن بالماليخوليا وشراسة الاخلاق والنفرة عن الاجتماعات بعد ان كن من ذوات الاخلاق الجيدة والفرح والابتهاج وقد يحصل العكس وبعض منهن تقوى شهوتهن قوة خارجة عن الحد بحيث تحملهن على ارتكاب المآثم والخطايا بعد ان كن فى غاية العفة والصيانة وقد يحدث لهن فى وحمهن اختيار نوع واحد من الفواكه او اللحوم او الاطعمة ولو ذمية بحيث لا تقبل ان تأكل من غيرها وقد يظهر فيهن ميل قهرى لسرقة اشياء قليلة الثمن وغير محتاجة اليها وبالجملة قد يحدث للمرأة فى وحمها ما يخرم مروءتها واخلاقها واوصافها الجيدة ومنهن من يصير عقلها اذكى واحد والطف وقد تقع فى سبات وبلادة

دعته وقد تقوى القوى العقلية كلا او بعضا فقد تقوى الحافظة وحدها او الرغبة فى الفنون والعلوم او القوة الحاكمة او التعقل بحيث تصل المرأة مدة الحمل الى درجة تامة فى الاعمال العقلية التى لم تنتفع بما يقابلها راسها وقد يفقد العقل بالكلية ويخلفه جنون تام ويكون ذلك فى زمن معين من كل حبل ومنهن من لا يسكن خلل عقلها الا فى مدة الحمل ويقال ان منهن من شوهد كونها فى حالة سكهربائية بحيث كان يظهر آثار ذلك فى شعرها لكن ذلك نادر مستغرب وان وجد كان فى غاية الندرة

وقد يعرض بعض الامراض فى مدة الحمل او يزول فتارة يعرض وجع فى الاسنان بدون تغير فيها ويتجدد فى كل حمل وتارة الم عصبى فى العصب فوق الحاجب او تحته او فى العصب الوجهى او غير ذلك او رعشة او تشنجات او حركات استيرية او صرعية وتارة قد ل كثير التقدم يتقهقر مدة الحمل او يبدل بصحة جيدة وتارة تعرض التهابات بطيئة فى الصدر او القناة الهضمية او آفات عضوية او ثقيلة او عميقة ونقول ايضا من المحقق ان بعض الامراض يحصل فيه بالحمل تنوع جيد بحيث يذهب ولا يرجع ومن المحقق ايضا ان بعضها يسير فى مدة الحمل بسرعة مهولة حتى يفقد حياة الحامل

(الفصل الخامس)

(فى علامات الحبل)

(المبحث الاول)

(فى العلامات العقلية)

قد ذكرنا الظاهرات التشريحية والسمباثوية التى تحصل من الحبل وكثرة عدد السمباثوية تصير الحكم بمقتضاها عسرا فان بعضها بل كلها قد يوجد بدون حمل وقد يوجد الحمل بدونها كيف يعول فى ذلك على الظاهرات التى تنسب للاحساسات التى تحصل للمرأة وقت الجماع او بعده بقليل سيما وجميع النساء يسهل عليهن ظن ما يشتهينه ويحققن باختيارهن فى انفسهن ما يخفن منه فيظهرن انه حصل لهن اولم يحصل عرض كذا او كذا على حسب ما يريدونه

من

من الحمل اوعدمه ثم كيف يعرف مع وجود الاضطرابات والانخرامات في عقولهن ما ينسب له من الاعراض بحيث يميز عن ما يكون منسوبا لفساد اخلاقهن اويكون نتيجة مرض حقيقي نعم قد يستفيد الطبيب الماهر في كثير من الاحوال اذا امعن النظر مقدارا عظيما من العلامات العقلية ايحكم بمقتضاها فمثلا اذا ظهر تغير الوجه بسرعة في امرأة لم يسبق لها ذلك وكانت من الحضر ولم تعرض نفسها الشمس حارة فان ذلك يكون علامة قريبة للعقل على الحبل ومثل ذلك ايضا يقال في الدوائر البنفسجية حول الاجفان وفي عظم الثديين وحساسيتهما اذا لم يكن ذلك حاصلا من حدوث الحيض وفي الغثيان والتلعب وانخرام الوظائف الهضمية وتغير الشهوات والشهية اذا لم يكن ذلك نتيجة غيبوبة مرضية لسيلان الطمث واما رايحة الجلد وتنفيسه وحرارته الزائدة وحالة النبض والبول وتلون الحلمة وهالتها وانتفاخ الرقبة وتغير تخاطيط الوجه ونحو ذلك فانها وقتية وتختلف في الوجود وتتعلق باسباب اخر كثيرة فلا يعول عليها وكذا لا يعول على ما ذكره بعضهم من ان وجع القمحدوة علامة اكيدة للحمل تستحق الاعتبار اكثر من حالة النبض مثلا وبالجملة فالعلامات العقلية اذا وجدت جملة منها كفت غالبا لظن وجود الحمل لا لتيقنه بحيث يحكم بمقتضياته في مجالس الاحكام حتى وان صحبها انقطاع الطمث الدوري

حالة الحيض * هذه الظاهرة اعني انقطاع الحيض عند النساء اللاتي لم يخشين من ظهور حملهن لها اعتبار وانتباه عظيم فانها هي العلامة التي توجد دائما عندهم للحبل بل قد توجد وحدها فقط لكن من حيث انها قد تكون سببا اونتيجة لكثير من الافات الغير المتعلقة بالحمل يكون التعويل عليها ضعيفا عند الطبيب المولد فاذا عرض ذلك الانقطاع دفعة واحدة لامرأة معتادة على ان تحيض بانتظام بدون ان يسبقه عارض آخر اومرض ينسب له جاز ان يكون ذلك علامة قريبة للتحقيق اما في عكس ذلك فيضعف الوثوق به الا الماهر ممارسه ثم كثيرا ما يحصل الحمل قبل اول اندفاع للحيض فلا اهتمام بهذه الظاهرة اذ من

المعلوم ان المرأة التى انقطع حيضها منذ مدة سواء كان ذلك بسبب مرض او بمجرد التقدم فى السن قد تحمل وان بعض النساء لا يحضن الا مدة الحمل وانه شوهد بقاء ادوار الحيض بعد العلوق بكثرة فى بعض السنين

عظم البطن * نمو البطن فى امرأة زمن علوقها يكفى فى العادة عند العامة لظن كونها حاملا اما عند الاطباء فلا اذ قد يحصل من امراض كثيرة فبالنظر لذلك يكون مثل انقطاع الحيض نعم هو يتبع فى الغالب سيرا يكون به علامة مهمة جدا تفيد بوحدها فى كثير من الاحوال وجود الحمل وذلك لان البطن فى الغالب يعظم وينتفخ ببطئ فى الاسابيع الاول التالية للعلوق ثم ينخسف ويهبط فى ابتداء الشهر الثانى ثم ينمو من جديد بانتظام الى وقت الوضع والحمل الذى يبرز منه اولا يكون على الخط المتوسط فى الجزء السفلى من الخثلة واما السرة فيظهر انها تغور وتهبط اسفل عن موضعها الطبيعى واما الاقسام الحرقفية فيظهر انه يحصل فيها تقعر لابروز بالنسبة للخثلة الى الشهر الرابع ثم ان السرة فى آخر الشهر الثالث تقرب لمحاذاة الجلد ثم لم تلبث قليلا حتى تبرز عنه فتصير حلمة بارزة فى بعض النساء طولها من قيراط الى قيراطين مدة الشهر الخامس والسادس والسابع وبالجملة فالصفة الخاصة ببطن الحبلى هى انه ينمو من الاسفل الى الاعلى ويبقى ايضا زمنا طويلا مفرطحا من الجوانب مع ان جزءه المتوسط نمى من قبل نموا عظيما وسنرجع لذلك عند ما نتكلم على الوسائط التى يتميز بها الحمل الصادق عن غيره من الآفات التى تلتبس به

(المبحث الثانى)

(فى العلامات المحسوسة اى الطبيعية)

العلامات الحسية للحمل تنال بواسطة الجس والبحث البطنى والاستماع وكلها تؤخذ من التغيرات المادية التى تحصل فى الرحم

(المطلب الاول)

(فى الجس)

الجس فى علم الولادة هو ادخال اصبع او اصابع فى المهبل لمعرفة امراض الفرج

او المهبل او الرحم او المثانة او المستقيم او عضو آخر من الاعضاء المنحصرة
فى تجويف الحوض او تأكيد جودة الحيض او رداءته او طبيعة ضيقه ونوعه
ودرجته او لمعرفة التنوعات الحاصلة فى حجم العنق وقوامه ووضعه وطوله
وحرارته او فى ثقل الرحم وسعتها وموضعها واقطارها مدة الحمل قال المؤلف
فالاحسن فى تعريفه عندى ان يقال هو البحث من اعضاء تناسل المرأة
وحوضها بواسطة الاصبع او اليد الموجهة للفرج او المهبل او الشرج او البطن
فالجس هو الدليل الذى تعول عليه القابلة ولا التفات لمن شذ ومنع استعماله
فكما يستعمل لتعيين الحمل يعرف به ايضا نوعه وصنفه وربما كان
هو المخصوص وحده بتحقيق هل هناك حمل ام لا وهل هذا الطلق للولادة ام لا
وهل قرب الجنين للخروج ام لا وهل اسعاف الصناعة لازم او غير نافع
ثم ان الجس انواع سنذكرها على الاثر

(النوع الاول)

(الجس المهبلى المسمى بالجس حقيقة)

وضع المرأة * اذا كانت المرأة مصابة باستسقاء بطنى او صدرى اوربو او آفة
عضوية فى القلب او الاوعية الغليظة او كان تنفسها عسرا ينبغى ان تجس
وهى قائمة حذرا من التعب بل والخطر الذى يحصل لها لو وضعت وضعا افقيا
فان كانت ضعيفة او يخاف عليها حصول اغماء اونزيف او تشنجات او كانت
رحمها منحرفة جدا الى الامام او كان عنق الرحم مائلا الى الخلف بسبب ما
فالاولى ان تكون مستلقية فان حصل تعسر فى الجس اولم يزل الشك بالكلية
لزم ان تبحث بكلا الوضعين على التعاقب ويلزم فى الوضع ان تكون العضلات
مسترخية فاذا اريد جعلها مستلقية لزم ان تثنى ساقيها ووركيها نصف انثناء
وكذا رأسها وصدرها فترفعهما قليلا بوضعهما على وسادة فاذا اريد جسها
قائمة لزم ان تستند الى حائط او غيره من الاجسام الصلبة وتفرق رجليها
وتثنيهما قليلا ومع ذلك تميل الرأس والصدر قليلا الى الامام ولاجل منع
الارتباك الذى يحصل فى مثل هذا الوضع لا باس ان تستند بمرفقيها او بيديها

على ذراعى شخص او على حافة دكة او طاولة او خزانة او نحو ذلك * وقبل العملية تدهن الاصبع بجسم زيتى او بزيت الكتان او الزيتون او اللوز او بالزبد او بالمرهم الابيض او بزلال البيض او بأى جسم كان بشرط ان يكون دسما وغير مهيج وذلك ليسهل دخولها فى المهبل ويمنع اكتساب الامراض المعدية كالداء الزهرى والجرب وليعلم ان اليد اليسرى للجس اسهل من اليمنى فان جرينا على ما قال بعضهم من ان ادخال اصبعين احسن من اصبع واحدة فى معرفة الشكل والهيئات الطبيعية لجسم الرحم نقول كما قال استين الاحسن استعمال السبابة والوسطى غير ان استعمال الاصبعين غير مقبول عند النسا الا فى بعض احوال نادرة لان الاحساس الذى يحصل للسبابة اذا كانت وحدها اقوى مما يحصل لها اذا كانت مع الوسطى لكن يستثنى حالة الطلق فانه لا يمنع فيه ادخال اليد كلها فى المهبل ثم ان هذه الاصبع عند دخولها يجوز ان تمد وتبعد عن اخواتها او تثنى بقية الاصابع بحيث يكون الابهام مخفيا فى الراحة وكل من الكيفيتين مستعمل بدون فرق لكن الكيفية الاولى لا تناسب النساء اللواتى اعضاء تناسلهن الظاهرة منتفخة او شديدة الحساسية او ملتهبة او مؤلمة واما الثانية فتستعمل فى جميع الاحوال وبذلك تكون افضل وليس من اللازم تعرية المرأة عند العملية فان كانت نائمة وقفت القابلة على جانب السرير اى على يمينها ان جست باليمنى وعلى يسارها ان جست باليسرى وادخلت يدها من تحت الغطا ومرت بها من تحت المابض المحاذى لها حتى تذهب للفرج فان كانت واقفة وضعت القابلة نفسها امامها وجثت بركبة من ركبتيها على الارض والاولى ان تكون المحاذية لليد لترتكز مرفقها عليها فتكون الحركات اثبت وامكن ثم اذا هيئت الاصبع كما قلنا توجه حافتها الكعبرية نحو طرف القوس العانى فيذهب بها اولا على العجان اى الجزء الخلفى للفرج ثم من الخلف الى الامام لتنزلق بين الشفرين الكبيرين حتى تجد فوهة المهبل فتدخل فيها تابعة محور المضيق العجانى اى السفلى او متجهة من اسفل الى اعلى كأنها تريد ان تذهب الى الزاوية العجزية الفقرية

وقبل

وقبل ان يفتش على العنق لا باس ان يبحث عن حالة المستقيم وقعر المثانة والعواميد المستطيلة من المهبل وهيئة تكون الضيقين وتقعير الحوض ثم بعد ذلك يبحث عن بوزطنشيا فيعرف سمك وطول شفتيه وتحدباتهما وتقاعيرهما اوشقوقهما وحالتهما المنتظمة اوالغير المنتظمة وشكل فوهته واتجاهه ثم يجتهد فى تحديد طول عنق الرحم وحجم الرحم وترفع ليعرف ثقلها فبهذه الاحتراسات يمكن غالبا فى اواخر الشهر الثالث اذا كانت المرأة نحيفة وجدران البطن مسترخية ان تمسك الرحم من عنقها اوقعرها فى آن واحد وتهز الى الخلف اوالى الجانب فتعرف حركتها وتحقق شكلها وحجمها ويقاس بالضبط طولها اوثقلها وهل حالتها طبيعية اولا وهل الجسم المالئ لها سائل اوغير سائل وينبغى لجودة الحكم بالحمل ان تجس المرأة مرة اومرات قبل ظن الحمل وقليل من يفعل ذلك

ثم ان بقراط وغيره من قدماء الفسيولوجيين ذهبوا الى ان الفوهة المهبلية للرحم تقفل بعد التلقيح حالا لتمنع خروج البذرة وقيل ان العنق يصير فى الشهرين الاولين احد مما كان قبل التلقيح ويتخذ شكل مخروط قاعدته ملتفتة الى الاعلى لكن ليس هذا التغير عام الحصول بل قد تتعسر معرفته ووجد انه بعد الحمل الاول وذهب استين الى ان الشفة الخلفية فى الاشهر الاول تطول حتى تساوى الشفة المقدمة مع انها كانت قصيرة عنها بالطبيعة وان شق بوزطنشيا يتحول الى فتحة مستديرة ويتولد فى الوجه العانى للقوس السفلى من دائرة الرحم هيئة ورم رخو يختلف بروزه فهذه التغيرات تكفى غالبا لتحقق الحمل انتهى لكن كثيرا ما يوجد الشكل المستدير للفوهة السفلى من العنق فى النساء الغير السمان اللاتى ولدن ولدا اواولادا بل وفى البنات الصغار ايضا وكذا شوهد طول الشفة الخلفية كالمقدمة بل اطول منها واما البروز الذى ذكره فقال المؤلف انه يحس احيانا اعلى المهبل وامام الشفة المقدمة بورم رخو عريض منتظم قليل المرونة غيرانى وجدت ذلك فى جميع ازمنة الحمل ناشئا ولابد من المثانة التى قعرها ضاغط على جدار المهبل المحاذى

انها ولا اجزم بنفى وجود ذلك غالبا خارج زمن الحمل

(النوع الثانى)
(فى الجس الشرجى)

قد اهمل الجس من المستقيم هنا بل وفى الجراحة كلها وهو يفيد على الاطلاق معرفة تنقل الرحم وثباتها ودرجة انحرافها وحساسيتها وحجمها وكثافتها فى الثلث الاول من زمن الحمل فاذا ادخل الاصبع مع ذلك ايضا فى المهبل عرفت حالة الحاجز المستقيمى المهبلى وكذا طول العنق وحجمه لكن ذلك قد لا يسلم من الخطأ العظيم لان الاصبع عند ادخالها فى الفرج ترتكز على طرف القوس العانى فتصل بسرعة الى بوزطنشيا ويكون اتجاههما على محور المضيق السفلى واما فى ادخالها فى الشرج فيلتزم الشخص ان يجعلها بعيدة عن العانة ويحنيها نحو محور المضيق العلوى او يتبع بها الجدار الخلفى للحوض ولما كان العنق حينئذ اكثر ارتفاعا مما يظن واكثر انقذافا الى الخلف كان كثير ما تغش فيه الاصبع فتظنه ورما فى القسم الخلفى للرحم او تظنه انقلابا او مرضا آخر مع انه لم يوجد اثر لذلك اصلا

وبعد ذلك فالجس من المهبل او الشرج الى غاية شهرين او ثلاثة لا يحقق تحقيقا تاما وجود الحمل ولا عدم وجوده فهو مثل العلامات العقلية فى ذلك وانما يفيد فى ذلك الزمن احيانا تشخيصا قريبا للعقل لا تأكيدا اصلا فهو فى نفس الامر مستند ضعيف لا ينبغى ان تعرض له النساء بدون التعقلات القوية لكن اذا لم يؤكد المجرب بمساعدته وجود جنين فى الرحم فاقله ان يعرف زيادة حجم هذا العضو فعليه بعد ذلك ان يميز الحمل الحقيقى عن الامراض التى تشتبه به احيانا واما تأكيد الحمل فلا يكون الا بالعلامات الآتية كالهزة وحركات الجنين

(النوع الثالث)
(فى البحث البطنى)

ينبغى ان يضم البحث فى البطن البحثين فانه مفيد وان كان قد القى من زمن

طويل فى زوايا الاهمال وهو يعمل بكيفيتين احداهما ان توضع يد على الخثلة والاخرى تبحث فى حالة الاعضاء الحوضية من المضيق العجانى اى السفلى وثانيتهما ان توضع اليدان معا على البطن بدون مماسة اعضاء التناسل الظاهرة والعادة ان هذه الكيفية لاتكفى الا بعد الشهر الرابع من الحمل واما الاولى فتستعمل فى جميع ازمنة الحمل وبواسطتها تفعل الهزة وتعرف الحركات الذاتية للجنين ونقول بالاختصار لا يمكن ان يغفر من البحث البطنى الله عول جيدا ادنى تغير فى الرحم وما يتعلق بها

ثم اذا اريد عمل هذا البحث ينبغى ان تستلقى المرأة بدون حركة فان اريد تحقيق الهزة او حركة الجنين وجب لها فى بعض الاحوال فى ان تبقى واقفة ليأتى الجنين بثقله نحو العنق لا جهة القطن واذا استلقت فلتثن ساقيها وفخذيها وبالجملة يكون وضعها كحالة ادخال العنق ومما يسهل العملية ان تكون المرأة خاوية البطن اى لم تأكل شيأ وان يكون المستقيم والمثانة فارغين من المواد فاذا اريد البحث بالكيفية الاولى توضع السبابة اولا فى المهبل وتوجه الى الاعلى حسب الامكان وخلف بوزطنشيا كأنها ترجع الرحم الى الاعلى وتذهب بها الى اعلى العانة ثم باليد الاخرى الموضوعة على الخثلة يضغط ببطء لكن بقوة على جدران البطن من اعلى الى اسفل ومن الامام الى الخلف فبذلك لا بد ان تمسك الرحم من محلين متضادين حتى فى حالة الفراغ واقل فعل يحصل من اليد الموضوعة من الظاهر تحس به اليد الاخرى وبالعكس وكما يميز بذلك طول الرحم يميز ايضا بقية اقطارها وتحدد بانها وشكلها المستدير وحركتها والتصاقاتها وطبيعة ما تحتوى عليه لكن لا ينال بذلك نتايج ثمينة الا بمراعاة الاحتراسات المهمة التى سنذكرها على الاثر

اولا اذا اريد تعيين طول الرحم يلزم ان الاصبع المستند عليها العنق من حيث ان سطحها الراحى شاخص الى الامام ومنحن قليلا ترفع الرحم بحيث تتبع محور المضيق العلوى * ثانيا عكس ذلك اذا اريد جسها من وجهيها وحافتيها فيجتهد فى تقريب الرحم للعانة خوفا من تمر جحها فتنقلب * ثالثا فى الحالة

الاولى بيد الخثلة الموضوعة اعلى ارتفاق العانة بقيراط تكبس ايضا على اتجاه محور المضيق العلوى لكن من اعلى الى اسفل * رابعا فى الحالة الثانية يلزم ان تبقى اليد قريبة جدا للعظام حتى ان اطراف الاصابع تتمكن من الاتجاه اما الى الخلف نحو الوجه المقدم للعجز واما الى الاسفل جدا كانها تريد الفرج نافذة من التقعير * خامسا ينبغى فى كل كيفية بعد ان يقع التأثير على الخط المتوسط ان يفعل مثله فى كل جانب فينبغ بذلك جميع دائرة المضيق * سادسا يمكن بهذا العمل ان ينتهى حال اليدين بتلاقيهما معا لان جدار الحوض من الامام انما هو قيراط ونصف ونهايته من الجوانب ثلاثة واما اليد فقد تصل بالضغط على البطن الى داخل التقعير تحت مسطح المضيق * سابعا فى المرأة النائمة يمكن بالضغط البطنى الوصول بواسطة الخثلة الى قرب ثلثى الحوض تحت النتو العانى حتى لا يفرشئ من البحث باليدين منضمتين

وهذا كله صحيح بحيث اذا انزلقت السبابة من المهبل على محال مختلفة من النصف المقدم للحوض وصلت بسهولة الى اعلى المضيق او الى محاذاته بحيث يمكن احساس اليد الاخرى بهامع التمييز سواء كانت موضوعة فى محاذاة العانة او على الحافة الانسية للعفرتين الحرقفيتين فلذلك يندران يفر من هذا البحث احتقان بسيط فى المبيضين او البوقين او شئ من توابع الرحم بل كذلك العقد اللينفاوية والحصوات الصغيرة

ثم ان الجس البطنى له هيئات كثيرة فاذا امرت المرأة بفعل شهيق عميق مدة كون اليد مبسوطة بين العانة والسرة يميز الرحم بسبب تثبتها فى مركز التقعير او الخثلة فيمكن بادنى كبس جس جميع عمق الحفر الحرقفية والوصول بلا عسر الى الزاوية العجزية الفقرية وجميع الجزء البطنى من السلسلة فمن المستحيل ان لا تلاقى الرحم فى المضيق او اعلاه اذا اكتسبت بعض نمو ففى الاشهر الثلاثة او الاربعة الاولى تكون على هيئة ورم صلب مستدير اقرب للنتو البارز منها للعانة واحيانا تكون على الخط المتوسط وغالبا على جانبه قليلا وذلك عكس ما تجده اليد التى تبحث عنها فانه كلما تقدم الحمل يرى انها اكتسبت شيأ فشيأ

هيئة كيس ويدل ان تكون كذلك صلبة كما هو فى الواقع تكون جسمانيه مرونة يلتقى بين السرة والعانة او نحو حفرة من الحفرتين الحرقفيتين وتميز عن غيرها من الاحشاء بتحديدها المستدير وانتظامها وشكلها البيضاوى وتوترها ولا تتميز عن كيس المبيض الا بواسطة محلها وشكلها والجنين * والضغط مباشرة الى الخلف اولا بيد واحدة ثم باليدين معا يوصل لمعرفة بعض نتوات من الجنين الذى يدرك حتى حجمه بعد الشهر الخامس وعند فعل ذلك الضغط يزوغ من تحت اليد احيانا او يفعل حركات واضحة بحيث يستشعر بها

فنتج من جميع ما ذكرنا ان البحث البطنى واسطة نافعة جدا التأكيد وجود الحمل وربما قام مقام الجس الباطنى غير انه قد لا يمكن استعماله كما اذا كانت الجدران البطنية ثخينة فى النساء السمان وكثيفة او فيها مقاومة او قوية العضلية فى الاقويا من النساء فان ذلك يبطل نتايج الضغط ومما يصير العملية عسرة ايضا قابلية التهيج فى جزء من البطن او الم فيها او مرض آخر مع تغير عضوى فى بعض الاحشاء او كمية عظيمة من ماء مع صغر الجنين فى رحم رقيق

(النوع الرابع)

(فى الهزة والحركات الذاتية للجنين)

ولاجل اثالة الهزة بعد ادخال السبابة تحت عنق الرحم يوضع طرف اصابع اليد الاخرى على قعر الرحم من فوق جدران البطن ويضغط بها مع الانتباه لتبعد الاحشاء والشحم فتمسك الرحم اذن باضبط ما يمكن من طرفى قطرها العظيم ثم يطبع فيها بغتة حركة ارتفاع بالاصبع الموضوعة فى المهبل لتحس اليد الموضوعة على الحثلة بالاهتزاز الحاصل فى الجنين من حيث انه متحرك ساقب صلب فى اثناء السائل الامنيوسى يأتى ويقرع المحل المقابل للمحل الذى دفع منه فاذا لم تحس اليد الخارجة بالهزة يصرف الاهتزاز الى اليد المستندة على عنق الرحم فاذا لم ينجح العمل الاول كرر مرات كثيرة بان يدفع بيد او بالاخرى على التعاقب مع الاحتراسات المناسبة حتى لا تتألم المرأة ومن حيث ان الجنين متى ارتفع عن محله لزم سقوطه الى اسفل يلزم ان تقف الاصبع

التي دفعته في محلها التحس بالحركة فيحصل هنا ماذكر في الطبيعة في انتقال الحركة لكن لاجل انالة هذه النتيجة يلزم ان يكون الجنين اكتسب حجما مناسبا وان ماء الامنيوس يكون كافيا وان الرحم وجدران البطن لا تكون سميكة وان العملية تكون مع غاية اللطف والمهارة التي لا تكتسب الا بممارسة الاعمال فاذا حصلت الهزة حصل الجزم بالحمل لكن ينبغي الاحتراس من ان يلتبس ذلك بتموج سائل اوغيره ثم ان الهزة انما يؤخذ منها نتيجة مهمة في الشهر الرابع الى السادس ويندر ادراكها قبل آخر الثالث وفي الثلث الاخير من الحمل وفي الحقيقة لا يحتاج للهزة حينئذ اذ حالة المرأة تحقق حبلها ثم ان الهزة انما تطبع في الجنين حركة قسرية تحصل فيه سواء كان حيا اوميتا نظير ما يحصل من بوليبوس اومن كتلة اخرى صلبة عظيمة الحجم سائبة متحركة في الرحم المملوءة بسائل ما واما التي تفيد حقيقة حياة الجنين فهي الحركات الخاصة الذاتية

(النوع الخامس)

(الحركات الذاتية للجنين)

لا يتحرك الجنين حركات ذاتية الا اذا اكتسب مجموعه العضلي مقدارا كافيا من النمو ويلزم ان تكون تلك الحركات في الابتداء ضعيفة بحيث ان المرأة لا تدركها الا في الشهر الرابع ففي الاول تحس بها كدب ارجل العنكبوت ثم بعد ذلك يقوى احساسها بها على حسب شدة قوة الجنين وزمن الحمل والصحة الجيدة اوالرديئة للام والغالب ان القوة تأخذ في الزيادة الى الولادة واحيانا تزيد مدة شهر اوشهرين ثم تضعف في السادس والسابع ثم تقوى شدتها نحو اواخر الحمل وقد شاهد دبرزموس انقطاعها بالكلية في آخر الخامس ومع ذلك ولد الجنين في الوقت الاعتيادي قويا جيد الصحة واحيانا اخر لا تظهر تلك الحركات ابدا كما شوهد ذلك وولدت الاطفال بصحة جيدة هذا وقد ظن ان الامتلاء والتعب والتلبك في سير سائلات الطفل اوالام جميع ذلك يصير الحركات ابطأ واثقل واخفى واكثر ابهاما وان الرياضة المطلقة المنتظمة

اكل الوظائف والسرور والانبساط للام والقوة المعتدلة للطفل تعطى الحركات قوة وحيوية فالنساء اللطفاء الارقاء العصبيات القابلات للتهيج تحس بالحركات فى زمن اقرب للابتداء وتكون فيهم اقوى من غيرهم ممن يتصف بضد صفاتهم فمن الاول من استشعر بالحركات فى الثالث حسبما اخبر لكن اظن ان هذا غير ممكن لان العضلات حينئذ اكثرها دقيق واما الثوانى فانهم لا يحسون بها الا فى آخر الرابع * وحركات الجنين ولو واضحة قوية لا يلزم ان تكون بحيث ترفع جدران البطن رفعا محسوسا كما يشاهد ذلك كثيرا بحيث لا تشتبه على المرأة بحركات من طبيعة اخرى فان كانت الحركات ضعيفة لم يندر ان يشاهد فى محل ظهورها احساسات غير متعلقة بذلك اصلا بحيث ان القابلة الحازمة لا تحكم بوجودها بدون ان تؤكدها بنفسها وكثيرا ما يكفى لاجل ذلك ان وضع اليد باردة عارية على البطن ويصح ان تدلك تلك اليد قبل ذلك بروح النبيذ او ماء الكلونيا او الاتيرا ونحو ذلك او تغمس فى الماء البارد او المحمض او النوشادرى فيحدث من هذا الوضع فى حرارة الحلة احساس فجائى يؤثر على الجنين ويلزمه بان يتحرك حركات شبيهة بالحركات التشنجية فاذا لم تنجح هذه الوسائط البسيطة توضع راحة كف على جانب من البطن ويقرع باليد الاخرى على الجانب المقابل مثل ما اذا اريد معرفة وجود استسقاء فيفجأ الجنين بسبب ذلك ويفعل حركات لا بد منها وهذا شبيه بالهزة الحقيقية مع انه احسن منها اذ لا يحتاج معه لوضع الاصبع فى الفرج غير ان عيبه انه لا يستعمل بمنفعة الا فى الشهر الخامس او السادس

(المطلب الثالث)
(فى الاستماع)

اذا لم تنجح عملية الجس ولا الهزة ولم يحس بحركات الجنين الذاتية ولا القسرية ولم يفد البحث البطنى شيأ استعمل الاستماع فانه ربما كان نافعا وذلك انه لما اثبت الطبيب لاينك انه يصح ان يعرف بواسطة الاذن ما حصل فى الصدر لزم ان يغلب على الظن ان الاستماع يصح ان يستعمل ايضا لمعرفة

امراض اوتغيرات وظيفية حصلت فى اجزاء اخر من الجسم غير الصدر ولذلك جزم بعضهم بان المسماع المسمى بالمستقصية الصدرية يعرف منه الحمل ايضا فيسمع فى الرحم من المرأة الحاملة لغطان احدهما يشبه لغط النفس الضعيف وان كان اقوى منه واقصر ويسمى باللغط المشيمى اوالنفخى والاخر يشبه مايسمع من ضربات ساعة مخاطة بخرق كثيرة وهو اللغط القلبى

الاول اللغط النفخى * هو موافق لضربات شرايين الام ومشابه من معظم الوجوه للضربة التى تسمع من الانقباضات العضلية والفروع الغليظة الشريانية المحصورة حصرا تشنجيا او المضغوطة بورم من الخارج ومن القلب ايضا فى بعض الاحوال المرضية الغير المعروفة الى الآن معرفة تامة وقد يشبه ايضا بلغط سلك غليظ معدنى مهتز او بخرخرة صفيرية اوزنينية فى الصدر او خرخرة ورم انتصابى وظن بعضهم انه يحاذى محل اندغام المشيمة وينتج من مرور الدم من الرحم لاوعية الجنين او يقال انه ناتج من الدورة الرحمية او المشيمية ويلزم فى كثير من الاحوال ان تكون الاذن السامعة كثيرة الممارسة حتى تسمعه وهذا هو السبب فى انكار كثير من الاطباء له واخترع بودلوك وغيره آلة سموها المسماع الرحمى فيوضع احد طرفيها مباشرة على العنق من طريق المهبل والطرف الاخر على اذن السامع ليسمع جيدا هذا اللغط قال المؤلف هذا تخيل منهم لا فائدة فى مناقشته فالآلات لا تجدى فى ذلك نفعا زائدا وكثيرا ما اجتهدت فى سماع هذا اللغط من كثير من النساء فلم يفد ثم سمعته مع غاية التيسير فى نساء اخر وكان فى بعضهن قويا جدا حتى اسمعته لكثير من تلامذة الطب ومن النساء القوابل وما تيسر لى سماعه الا فى النصف الثانى من الحمل وان كان بعضهم ادعى سماعه فى اواخر الثالث بل وفى الاسبوع العاشر والحادى عشر ويظهر لى انه لا ينسب للدورة الرحمية المشيمية اى لا يمكن ان يكون مرور الدم من الرحم للمشيمة سببا له لانه لم يكن هنالك دورة واصلة اى بين الام والجنين فان كانت بين البذرة والرحم فهى شعرية كما ستعرفه عند ما نتكلم على الدورة فى الجنين فالاوعية التى زعموها سببا له ومسماة

بالرجية المشيمية او المشيمية الرحمية او المشيمية الجنينية لا وجود لها الان بعض
من زعم ذلك ذكر في بعض مشاهداته ان هذا اللغط بقي مسموعا بعد موت
الجنين بعارض من العوارض وبعضهم ادعى انه سمعه بعد الولادة باربع واربعين
ساعة بل زعم البعض انه يسمع بدون حمل وحينئذ لا يصح نسبته للدورة
المشيمية واثبت كثير من المشاهدين انه انقطع منه سماعه وقت انفصال الجنين
من الرحم * ولما لم يصح لهم وجود سببه في الاوعية التي زعموها اضطروا
لان يفتشوا عليه في اوعية الحوض فقالوا ان انضغاط الشرايين هو السبب
الوحيد له ونقول لهم ان حجم الرحم لا يمنع سماع ذلك فلاى شيء لم يسمع
الا في الشهر الرابع ولا يسمع قبله في الثالث مثلا لكن يمكن ان الاستيتوسكوب
اى المسماع الرحمي اذا ارتكز على البطن يلزم الرحم بان يضغط زيادة اما على
الشرايين الحرقفية او على الاورطي وكلما تقدم الحمل قوي الضغط على الاجزاء
المجاورة للرحم واذا اردنا ازالة بعض هذه التعسرات نختار ان مجلس اللغط
النفخي تارة يكون في القنوات الوعائية للحوض وتارة في القنوات التي تجتاز
جدران الرحم نفسها واما تحقيق المسألة تحقيقا واضحا فلم يوقف عليه
الى الآن والله الفتاح

* ⁂ (الثاني اللغط القلبي) ⁂ *

الضربات المزدوجة المسماة باللغط القلبي لا تشتبه بغيرها فانه يسمع في الدقيقة
الواحدة من مائة وعشرين الى مائة وخمسين بخلاف نبض الام فانه يضرب
من ستين الى ثمانين في تلك اللحظة ويكون اقوى كلما كان الجنين اكثر نموا
ولا يدرك هذا اللغط الا بعد الرابع وشدته تختلف من احوال كثيرة يعسر
بيانها ولا يحسن سماعه الا اذا كان قسم من تجويف الصدر من الطفل مجاور
الاجزاء من النصف المقدم من الرحم

ثم ان التقوس الامامي للجنين ومجاورة القلب للسلسلة الفقرية يفيدنا ان الظهر
هو الجزء الاحسن وضوحا لنقل الضربات المزدوجة لاذن السامع واحسن
ما يسمع واغلبه يكون فيما بين التقوس الفخذي الايمن او الايسر او السرة فعلم من

ذلك كله ان موضع السماع يتغير اذا غير الجنين موضعه وانه لاجل تحقق عدم وجوده ينبغي ان يبحث طورا فطورا في الخثلة والخاصرتين وفي محال مختلفة من محيط الحوض

ولاجل تحصيل الاستماع تضجع المرأة واذا كان الحمل متقدما صح ان تبقى واقفة واما آلة الاستماع فاحيانا تكفي الاذن وتكون انجح من المستقصية لمن لم يعتد على استعمالها نهاية انه لا يسهل وضعها الا على مقدم البطن ولغط ملابس المرأة التي من غير النافع تعريتها مدة العملية قد يغش به في طبيعة اللغط المراد سماعه واما الاستتيوسكوب اى المسماع فيسمع منه لغط اشد ويمكن استعمالها في جميع ازمنة الحمل وعلى جميع المحال التي يظهر ان ظهر الجنين انقلب نحوها ولابد ان بزالمنها القمع فبعد ان يحس بالرحم توضع الآلة اولا على يسار الخثلة ثم على يمينها ثم في وسطها وتوضع ايضا على القطن وعلى الوجه الخلفي للعجز وعلى الغرفين الحرقفيين وامام العانة وعلى التقاوير المقدمة للحوض الكبير

فاللغط القلبي علامة حقيقية للحمل ولحياة الجنين وقوته تدل عموما على قوة الجنين وسلامة صحته وربما استعين به ايضا على معرفة ما يعرض من الآفات عند طلق الولادة او عند الاضطرار لعمل عملية ثقيلة ووجوده في محلين متقابلين من البطن يؤكد ان الرحم يحتوى على جنينين فاذا وجد في امرأة رحمها قليلة الاتساع تحقق انه يوجد فيها حمل خارج عن الرحم واما عدم وجود هذا اللغط وكذا الحركات الذاتية او القسرية للجنين فليست دليلا قاطعا على عدم وجود الحبل او حياة الطفل واستنتج الحكيم هوول من تجريباته ومشاهداته غير ذلك مما يعسر تحقيقه من المشاهدات الآن ولنذكر شيأ منها مما يتعلق على حسب رأيه بتشخيص الحمل فنقول * العلامات المأخوذة من الاستماع على رأيه ثلاثة اولها التموج مع انه يعسر ادراكه والاهم منه ادراك المشبه بالقرع وثانيها النفخ وثالثها ضربات الجنين ففي الحمل المضاعف يسمع لغط مشبه كثير القوة والسعة مع رنين متوسط ويسمى ذلك اللغط

من جانب

من جانب الى آخر فاذا كان هنالك شيئان يسمع لغطان نعم قد تكون المشيمة
فى الحمل البسيط عظيمة السعة الا ان ذلك لا يكون غالبا الا فى حالة الاجهاض
او الحمل الكاذب وايضا فان المشيمة فى الحمل المزدوج يوجد فيها محلان يكون
اللغط فيهما اقوى جدا ثم انه قد يسمع قلبان فان كان احد الاجنة ميتا
كان التشخيص غير ظاهر ومع ذلك لغط النفخ تساعد عليه فاذا دعى الطبيب
للمرأة بعد خروج الجنين الحى كانت العلامات هى لغط النفخ وادراك التموج
منضمين الى العلامات الاعتيادية فاذا كان الحمل مثلث الاجنة كان لغط النفخ
اعظم سعة ايضا واما الالغاط الجنينية فتدل على اكثر من توءمين لانها تختلط
ببعضها لنظيرها اذا وضعت ساعتان بجانب بعضهما فانهما يميزان بالسمع
فاذا كن ثلاث ساعات لم يمكن التمييز
وفى الحمل الخارج عن الرحم يحصل لغط النفخ ويميز ويسمع اكثر مما فى الحمل
الاعتيادى وليس فيه رنين ويكون اقوى فى الحمل البطنى منه فى الحمل البوقى
والمبيضى والنبضات الجنينية تخدم لتشخيص دوام حياة الجنين فان كان هنالك
حمل جديد رحمى او خارج عن الرحم ملحق بالحمل الاول كان الاستماع زائد النفع
وضع الجنين المأخوذ من نبضاته * الضربات الجنينية تظهر فى المحل المشغول
بصدر الجنين ففى الوضع الاول القمحدوى تكون من اليسار والاسفل
وفى الوضع الثانى والثالث القمحدويين تكون من اليمين والاسفل وفى الوضع
الاول للمقعدة تكون من اليسار والاعلى وفى الوضع الثانى للمقعدة تكون
من اليمين والاعلى وفى الوضع الذقنى العانى من اوضاع الوجه تكون ضربات
القلب من الامام ويمكن ان يتميز اوضاع المنكب بالاستماع ايضا اذا لم يذهب
الشك فيها بالجس وبالجملة فهذه القواعد كلها اغلبية * وذكر الحكيم هول
ايضا ان الجنين تعلم حياته باحد امرين اولهما اذا سمعت النبضات الجنينية
والنفخ الموافق للنبضات مع قوة ورنانية متساويه وثانيهما اذا لم تنقص ضربات
القلب فى مدة الاوجاع الا يسيرا ثم ترجع لها قوتها حالا وكان النفخ يسمع بعيدا
اى كأنه فى مسافة بعيدة ثم يرجع حالا لوزنه الاعتيادى * ويكون الجنين

ضعيفا او مريضا اذا كانت القرعة الثانيــة من الضربة الجنينية اكثر تميزا وكانت الضربات ضعيفة او متقطعة ومضطربة اى غير متساوية او عديدة او سريعة او انقطعت فى مدة الحركات اولم يرجع ايقاعها ووزنها فى حالة السكون او انقطع الرنين وغاب النفخ بالكليــة زمن الوجع * ويكون ميتا اذا كان النفخ ضعيفا او معدوما او عدمت الضربات الجنينية مهما كان وضع الام * وقال ايضا انه يمكن ان يسمع قلب الجنين اذا ضرب حقيقة وقال ان النفخ الى الشهر السابع يكون محدودا قليل التميز والرنانية وتكون الضربات الاصلية اذ ذاك اكثر انفصالا عن بعضها مما تكون فيما بعد والضربات القلبية عديدة صغيرة ضعيفة مقصورة على محل اقل مما يكون فيما بعد وحركات الجنين لا تحدث فى هذه الضربات اختلافات واضحة كما تفعل ذلك فى الشهرين الاخيرين ثم قال وفى تقب جمجمة الجنين يعرف بواسطة الاستماع ايضا موت الجنين وكما يعرف ايضا فى العملية القيصرية حياة الجنين اوموته وكذا فى الشق العانى والاستماع ايضا ينفع فى عملية التحويل ليعرف منه وضع الجنين وحياته ونفعه فى جنت الولادة فى شيئين احدهما كيفية وضعه والثانى زمن وضعه فكيفية وضعه تؤخذ من معرفة وضع الجنين وكثيرا ما يخطئ الجس فى هذه الحالة بخلاف الاستماع فيكون انفع فيعرف منه حالة الدورة فى الجنين وبذلك يؤخذ منه تأخير وضع الجنين او تعجيله * والاستماع فى الزمن الاخير للولادة يعرف منه محل اندغام المشيمة فيكون نافعا لفصلها الصناعى ولما كان اندغامها الجانبى هو الاحسن لزم ان يخاف من تخليص المرأة من حملها قهرا اذا لم يكن هذا الاندغام الجانبى حاصلا فاذا انتظرنا مدة ساعة او ساعتين ووجدنا النفخ مستدا ما كما فى الحالة الطبيعية رجى الخلاص الطبيعى للمرأة اما اذا انقطع اللغط لزمت العملية ومثل ذلك ايضا اذا كان مع اللغط صفير كما فى احوال الالتصاق ويعرف من الاستماع ايضا انفصال جزء من المشيمة

(المبحث الثالث)
(فى معرفة زمن الحمل)

قد يحتاج لتعيين زمن الحمل بعد ان يعرف وجوده بواسطة الجس البسيط والهزة والحركات العضلية او الاسماع ونقول في هذا الموضوع قد ذكرنا فيما سبق التغيرات التي تحصل شهرا فشهرا العنق الرحم وجسمها وقعرها ونذكر هنا ان من المهم في بعض الاحوال الجس بنوع آخر غير ما يفعل عادة فاولا لا نعني بلفظ عنق جزء الرحم وحده البارز في المهبل بل جميع الجزء الاسطواني لطرف الرحم وهو شبه زائدة لا يستشعر بها الا اذا دفع بالاصبع الحاجز المسدود الذي يوجد في مركزه بوزطنشيا في النساء اللاتي ولدن اولادا يلزم ان يقطع النظر عن سمك الاشفار واذا كانت الرحم منحرفة الى الامام والحوض ليس عريضا جدا جاز ان تكون الفوهة مرتفعة بحيث يلزم للوصول اليها ان توجه الحافة الكعبرية للسبابة الى الخلف او يضغط العجان باي كيفية كانت مع كون اليد الاخرى موضوعة على الخثلة ليدفع بها قعر الرحم نحو العمود الفقري واحيانا اخر يكون العنق ملتفتا للوجه المقدم من العجز سيما اذا كان المضيق العلوي واسعا جدا فلاجل الوصول لذلك العنق يلتزم الطبيب بان يذهب بالاصبع قريبا للانقية الى الخلف ثم يميلها الى الامام على هيئة كلاب ويوجد في نساء اخر نحو النصف العلوي من التقعير ورم مستدير يظهر العنق في جزئه الخلفي محفورا بانحراف مثل الحالبين في سمك جدران المثانة فبمساعدة جميع هذه الاحتراسات يصح ان الماهرة من القوابل تحكم على زمن الحمل بانه مثلا خمسة عشر يوما او عشرين او ثلاثين تقريبا لكن كثيرا ما يحصل الخطا في ذلك بحيث لا ينبغي في المحاكم والدعاوى ان يجزم الانسان ويؤكد للحاضرين مثل هذا الظن

(القسم الثاني)
(الحمل المضاعف او المركب)

يظن طبيعة ان الرحم تكون اكبر حجما اذا كانت محتوية على اكثر من جنين واحد ولذلك جعلوا علامات الحمل المركب معظم الظاهرات التي تتعلق باضغاط الاجزاء الرخوة للحوض والبطن واندفاعها ولكن جميع ما ذكروه

فى ذلك لم يؤخذ منه ما يوضح المقام وذلك كالدوالى والارتشاح والاوذيما والانتفاخ وثقل الحركات فى الاطراف الحوضية واحتقان الشفرين الكبيرين وعسر الهضم وعسر البول والمشى والتنفس والشكل البيضاوى او المفرطح بحسب المياه وضعف الانقباضات الرحمية والفقد البرهى للجس والحركة والاغماء وان يكون البطن اعرض واكثر استدارة ومنبجا على خطه المتوسط لا بارزا وحركات الجنين التى يستشعر بها عادة بقوة وكثرة على جانبى البطن تفقد كثيرا فى الحمل المزدوج ومع ذلك يندر وجدان هذه العلامات كلها معا على ان كثيرا منها قد يوجد فى الحمل بجنين واحد فان عظم البطن قد يكون فى الجنين الواحد اعظم مما يكون فى الحمل المزدوج او المثلث

وزعم بودلوك ان الجس قد يوصل الى نتيجة واضحة فقال ان فى الحالة التى يكون فيها حجم البطن كبيرا اذا لم يكن الا جنين واحد تكون الهزة اسهل حصولا فان كان هناك اثنان حصل تعسر فيها ويمكن ان تميز حركاتهما او اجزاؤهما البارزة من خلف جدران البطن ونزيد على ذلك ان الاستماع يسمع منه لغط القلب من محلين منفصلين عن بعضهما بمسافة وان الضربات التى يسمونها بالمشيمية اذا كانت نافعة فى الولادة لزم ان تسمع ايضا من محلين منفصلين عن بعضهما ايضا

فاجتماع هذه العلامات يحقق ان المرأة حامل بجنينين او اكثر واما فقدها فيبعد كونه علامة عدمية لذلك فان دبزموس ذكر حالة كانت فيها الهزة فى غاية الوضوح وكانت البطن فى غاية النمو بحيث جزم هذا المولد الماهر بانه لم يكن هناك الا جنين واحد مع ان الامر بالعكس فكانت البذرة محتوية على جنينين وايضا فان الاستماع لا يمكن ان يميز به الضربات القلبية لجنينين اذا كان احدهما موضوعا فوق الاخر او امامه بحيث لا يمكن الجزم غالبا قبل الولادة بكون الحمل بسيطا او مزدوجا

(الباب الثانى)

(فى الحمل الخارج عن الرحم)

(القسم الاول)

(فى الهيئة التشريحية)

اذا نبتت البذرة وزادت ونمت خارج تجويف الرحم لزم ان تسبب فى البنية تكدرا وتغيرا سوى ما يحصل فى الحمل الرحمى لكن من حيث ان علامات الحمل قد تتغير حينئذ على حسب مجلس الكيس احتيج لان نتقدم على تلك العلامات معرفة الانواع المختلفة للحمل الخارج عن الرحم

(الفصل الاول)

(فى الحمل المبيضى)

الذين يقولون بالحيوانات الصغيرة فى المنى ويظنون ان الحى منها ينفذ من البوق لينضم بالبذرة التى فى مبيض المرأة لم ينازعوا فى وجود الحمل المبيضى وقل من يشك فيه من المتأخرين بل منهم من قسمه الى ظاهر وباطن ولكن هذه المسئلة الاخيرة وان وقع كلام فيها الا انها تحتاج لبحث جديد

ومهما كان حصول التلقيح سواء كان بواسطة الحيوانات المذكورة او التبخير او غير ذلك يلزم ان الجرثومتين من النوعين اى الذكر والانثى يتلامسان وتلك الملامسة لا تحصل بدون ان يتمزق غلاف المبيض ومحفظة البذرة فبذلك تحى البذرة ولا يصح ان يقال انها محوية فى المبيض الاعلى رأى شوسيه ان نطفة الذكر لا تصل الى نطفة الانثى الا بالامتصاص * ثم ان عندنا فى الملتقطات العلمية امثلة كثيرة للحمل المبيضى بحيث ان كثيرا من الاطباء والقوابل ذكروا انهم عثروا عليه فى اعمالهم لكن اذا امعن النظر فى جميع المشاهدات التى اشتهرت الى وقتنا هذا وجدنا انها غير يقينية لاثبات ذلك لسهولة اشتباه هذا النوع من الحمل فى الرمة بالحمل البطنى واما المتقدمون فلا يعول على مشاهداتهم لان التشريح المرضى عندهم كان غير متقن قال المؤلف اتفق انى وجدت بقايا علوق خارج الرحم فى اربع نسوة ميتات فنزعت منهن اعضاء التناسل مع غاية الاحتراس واجتمعنا التشريحها مع جملة من افاضل علماء هذا الفن ممن يشك فى وجود هذا النوع فحققنا ان ثلاثة من تلك الاورام كن خارجات

عن المبيض وحصل فى الرابع تعسر عظيم وكان حجمه كحجم ابهام ولكن بعد عزل البوق الذى كان سليما علمنا ان بقايا العلوق شاغل لكيس مخصوص بين الطبقة البريتونية والغشاء الخاص بالمبيض الذى كان فى غاية التميز ولا شك اننا بحثنا فى ذلك مع غاية الاتقان بحيث يظن ان المشاهدات السابقة من الاقدمين لم تكن باتقان مثل ذلك فنحن بدون ان نعارضها ونقوى الرأى المخالف لها لانزال جازمين بان الورم كان مجلسه فى النسيج الخاص للمبيض

(الفصل الثانى)
(فى الحمل البطنى او البريتونى)

اذا علمت ان التلقيح يحصل فى المبيض سهل عليك معرفة ان البذرة التى احييت بدل ان يأخذها البوق كما هى العادة قد تسقط احيانا فى البطن واذا تأملنا فى الحالة التشريحية للاعضاء سهل ظن ان هذا العارض غير نادر واما عدم كونه اكثر حصولا من غيره فاذا لا من كون اغلب البذر الذى يسقط هكذا يموت قبل ان يتمكن من التعلق بالغشاء المصلى الذى يقع عليه ومع ذلك انكر بعض المتأخرين وجود هذا الحمل وان البريتون ليست وعائيته كافية لان تجهز نمو البذرة وان الحالة التى يحقق فيها بالتشريح ان الجنين مع ما يتعلق به مستقر فى البطن كان هنالك فى الاول حمل بوقى اورحمى ومن المعلوم عادة انه قد يظهر ان كلا من البوق والمبيض بل واحيانا جزء من الرحم غاب من اصله فى الورم وانه حينئذ يعسر ان يؤكد ان البذرة لم تكن اولا محوية فى هذه الاجزاء وانها وصلت الى هنا بدون تمزق فى الرحم لكن من المعلوم الذى لا ينكر ايضا ان الرحم والبوق يكونان فى حالتهما الطبيعية غير متعلقين بالكيس الذى يحتوى على الجنين على ان عندنا الآن مشاهدات كثيرة تؤكد وجود هذا الحمل من غير النافع ايرادها كلها هنا ولنقتصر على بعضها فاولا اغلب الحمل المنسوب الى الآن للمبيض هو من الواضح من احوال الحمل البطنى قال المؤلف والمشاهدات الاربع التى تنسب لى من ذلك كانت من هذا القبيل ومثل ذلك ايضا مشاهدات كثيرة ممن سلف قبلنا وجد فيها الجنين خالصا فى البطن

وفى زمننا

وفى زمننا هذا وجد الحكيم اسكيرول فى كيس غير متعلق باعضاء التناسلى جنينا متحجرا بين الامعاء من امرأة ماتت وعمرها سبع وسبعون سنة وامثال ذلك كثيرة ولنزد على ذلك ايضا ان الطبيب بونتوس شاهد فى امرأة اندغام الحبل السرى فى الماساريقا وشوهد ايضا فى اخرى تثبت المشيمة فى مقدم السلسلة وفى اخرى تثبتها فى الكلية والامعاء فان اعترض بان الجنين فى بعض هذه الاحوال لم يسكن فى البريتون الا بسبب تمزق فى الرحم او فى البوق التحم بعد ذلك نقول اولا ان ذلك رأى غير متمسك به عند الاكثر وثانيا ان عندنا مشاهدات تنتج خلافه فقد شاهد چول كلوكيه فى هرة وميشون فى ارنب كثيرا من الاجنة متعلقة بباطن البريتون وعند ما حضر تشريح يحيى احضره كروفليه لمجلس علماء التشريح فيه ما يزيل جميع الارتياب وفيه البذرة والجنين مثبتان فى التقعير المستقيمى المهبلى وتمزق الكيس لم يكن الا قبل ذلك ببعض ايام والبوقان والمبيضان والرحم سليمة وفى مشاهدة بورتير كانت المشيمة مثبتة على الرباط العريض ولم تتعلق بشىء من توابع الرحم وعلماء البيطرة عندهم يقين بذلك مؤسس على مشاهدات لهم كثيرة مع ان اختلاف تركيب البريتون عن تركيب الرحم لا يساعد رأى المخالفين لان البذرة المشابهة لازرار النبات فيها ايضا حياة مبهمة جدا ومهيئة بحيث تلتصق على اول جزء حى القتها الطبيعة عليه

فالحوصلة الملقحة التى تغطى بعد ذلك حالا بحمل مشابه لحمل جذر النبات تلتصق بالسطح الذى تقف عليه فتنصب السوايل فى هذا المحل ولم يلبث الحال قليلا حتى تظهر اعراض مشابهة لاعراض التهاب موضعى محدود ويتكون كيس عارضى حول البذرة الصغيرة كانه يحميها من فعل الاعضاء المحيطة بها

(الفصل الثالث)
(فى الحمل البوقى)

هو اكثر حصولا من بقية انواع الحمل الخارج عن الرحم فنسبته لغيره كنسعة

لثلاثة ولا ينكره الامن يرى ان احياء النطفة يحصل فى الرحم مع ان عندنا الآن امثلة كثيرة له لم يبق معها ادنى ارتياب وذكرناها بمخزن جمتاع من الاختصار بدون فائدة وانما نذكر بعضا منها تأنيسا للطالبين قال المؤلف شاهدت سنة ١٨١٦ عيسوية فى جثة امرأة ماتت فى مارستان تورس بذرة تامة ذات شهرين ساكنة فى النصف الوحشى لبوق فلوبيوس مع سهولة تمييز اصل ذلك البوق وخطمته المشرفة وقناته وبقية اجزائه وفى هذا النوع من الحمل يصح ان يثبت ما نتج من التلقيح على جميع نقط مسير القناة لكن الغالب ان البذرة تقف فى الصيوان وانها بعد زمن تما يعسر ان يقال ببادى النظر ان هذا الحمل بوقى لامبيضى اوبطنى وما عدا ذلك من المعلوم ان القناة البوقية بعد ذلك تتسع وترق جدرانها اور بما تمزقت فيتحول الحمل البوقى الى حمل بريتونى بحيث يشك هل هذا الاخير اصلى او ثانوى اى عارضى

واتفق ان امرأة ماتت فى مارستان الرحمة فى مسافة من ست ساعات الى عشر سنة ١٨٣٤ وجد فيها الحمل البوقى باكمل مايمكن وجهز محضره التشريحى فكان حجم الكيس كجوزة وكان موضعه فى وسط البوق وتمزقت هذه القناة مع ان البريتون كان محلسا لانصباب جملة ارطال من دم والبذرة التى كانت تامة محببة بدون غشاء ساقط منتظم التصقت بجميع سطحها بباطن البوق لكن بدون ان تنضم بمنسوجه وكان سن العلقة نحو شهر وتشاهد مع حبلها السرى من خلف الاغشية ولم تتعسر معرفة الحوصلة السرية تحت السلى وليس فى الرحم غشاء ساقط وانما كانت متخلخلة جدا مع انتفاخ عظيم فيها واوعائية فى منسوجها المخاطى كما فى بوليبوس الانف وهذا المحضر التشريحى الغريب بعد ان شاهده جمع من العلماء تركوه بدون التفات له حتى تلف بالكلية وطبعت قصته بعد ذلك فى بعض الوقايع لاعلى الصواب بل كانت مملوءة بالغلط

(الفصل الرابع)

(فى الحمل فى نسيج الرحم)

الجنين فى هـذا النوع لايكون منحصرا فيما بين البريتون والغشاء المخاطى والمنسوج الخاص بالرحم وانما ينحصر فى ذلك المنسوج نفسه من غيران يكون له كيس يفرقه عنه وفى خمس مرات من سبعة شوهد فى الجهة اليسرى من الرحم اما اعلى البوق اوخلفه اوامامه اواسفله ولا يكون بين ذلك البوق والتجويف الذى يحتوى على البذرة استطراق فى حال من الاحوال كما تحقق ذلك خصوصا فى قطعة شرحها بتشديد الرآء المؤلف مع بريشيه حيث لم يجدا هنالك استطراق بين التجويف الطبيعى لاعضاء التناسل والكيس الغير الطبيعى المحتوى على البذرة وقد جمع بريشيه فى رسالة صغيرة جميع المشاهدات المعروفة الى وقتنا هذا وبينها وبين بعضها مشابهة تامة فلنذكر منها واحدة ليعرف منها باقيها وذلك ان امرأة حصل لها التعب والمشقة اللذان يصحبان الحمل غالبا ثم عرض لها عوارض ثقيلة كتقايى جميع الاطعمة التى كانت تتعاطاها منذ بعض ساعات ثم بعد ذلك استشعرت بالم شديد فى القسم الخثلى امتد للمستقيم ثم حصل لها غشى واحساس بضعف عام ثم اصفر وجهها وشفتاها وصار نبضها صغيرا واستدل من الغشى المستمر على انها فى حالة خطر حقيقى فامرت بالراحة واستعمال جرعة مضادة للتشنج فلم يزل الالم مستداما طول الليل مع شدة زائدة وكان بطنها فى الابتدآء غير مؤلم بالضغط باليد عليها ثم صارت بعد ذلك مؤلمة ثم بطل منها الحس والحركة بسرعة ولما ادخلت الاصبع فى المهبل عرف ان فى الرحم نموا ظاهرا بدون اتساع فى عنقه واخبرت المرأة انها حامل منذ ثلاثة اشهر فامرلها بعشرين علقة توضع على بطنها وبحمام جلوسى فلم تزل تلك العلامات مستمرة الى اليوم الثانى ثم ماتت بعد خروجها من الحمام قبل الزوال بثلاث ساعات * فلما فتحت جثتها شوهد فى تجويف الحوض دم كثير منصب بعضه سائل وبعضه متجمد والرحم مع كونها متسعة لم تجاوز المضيق العلوى وشوهد فى قاعدتها تمزق قريب من الجانب الايسر واصاب هذا التمزق البريتون ونسيج الرحم بدون ان يجعل استطراقا بين تجويف البطن والرحم وخرج من هذه الفوهة العارضة فى الرحم جنين ملتف

فى اغشيته وكان طول الرحم خمسة قراريط اوستة وعرضها اربعة وظهر فيها حفرة تسع بيضة دجاجة وشوهد فى هذه الحفرة كثير من المادة المخاطيه والزلالية وغشاء هو فى الحقيقة الغشاء الساقط وكان سمك جدران الرحم من ستة عشر خطا الى ثمانية عشر فلذلك كان حجم هذا العضو عظيما جدا وجدرانه اسمك منها حالة الفراغ والمبيضان سليمان والبوق الايمن كان نصفه الاعلى منسدا والبوق الايسر منسد كله والتجويف الحاوى للجنين كان فى سمك جوهر قعر الرحم فوق ارتباط البوق الايسر ولم يكن هذا التجويف مغشى بغشاء وكانت سعته بقدر ما يسع بيضة دجاجة صغيرة وسطحه غير منتظم وشوهد فيه جملة فوهات من الاوعية التى زعموا انها تسمى بالجيوب الرحمية وفيها فصوص على هيئة اقلام تصور روعانية فيها آثار المشيمة وكان سمك الحاجز الفاصل لهذا التجويف عن تجويف الرحم نصف قيراط واما الجدار العلوى الذى يجاور قاعدة الرحم وفيه التمزق فكان سمكه خطين ولكن يعرف ان هذا الجدار مكون من عنصرين متميزين احدهما البريتون وثانيهما جوهر الرحم وانما نبهنا على ذلك لان بعض الفسيولوجيين ظن ان فى هذا النوع من انواع الحمل الخارج عن الرحم انزلقت البذرة ومكثت بين البريتون والرحم واما الجنين مع اغشيته فكان طوله نحو ثلاثة قراريط ووجد فى محال كثيرة من الوجه الظاهر للسلى عوضا عن المشيمة المنتظمة فصوص مثبتة فيها بواسطة قوائم طويلة خيطية وبعض هذه الفصوص كان داخلا فى جيب من جيوب الرحم ولاصقا الجنين بالام انتهى بحروفه مع ما فيه من التساهل وسيأتى لك فى علاماته وانتهاءاته ما يشفى الغليل

وقد التزموا ان يكشفوا كيفية حصول هذا الحمل فلم يزيلوا النقاب عنه فلفرض بريشيه ان البذرة قرب دخولها فى الرحم يمكن بسبب عائق من العوائق ان تدخل فى فوهة منفتحة لاحدى القنوات الوريدية التى تنفتح فى اصل البوقين وتذهب ببطئ فى نفس سمك جدران الرحم لكن هذه الفوهات المزعومة غير موجودة فهذا التوضيح ساقط من اصله ومنهم من اختار

ان

ان الزويتين الرحميتين المستطيلتين جدا ينبهان فى جزء منهما فرنى الرحم فظن بزيشيه ان الممر الضيق الذى يوصل حينئذ للبوق يمكن بانسداده ان يقهر النطفة على ان تحيد عن طريقها الاعتيادى قال المؤلف لكن اذا كان حقا ان مثل هذه الهيئة توجد احيانا فلا اقل من ان يكون ذلك نادرا ولا يدخل فى الانتظام الطبيعى فتكون هذه كلها امورا فرضية مثل القناة التى زعم بودلوك كشفها على جانب الرحم والتجاويف الغير الاعتيادية التى ذكرها مرجانى وغيره فالاسلم من ذلك كله ان نقول ان كيفية حصول الحمل فى اثناء نسيج الرحم غير معروفة معرفة جيدة

(الفصل الخامس)

(فى الحمل الرحمى البوقى)

توجد مشاهدات متعددة تثبت هذا النوع من الحمل بحيث ان جزءا من البذرة يكون محويا فى البوق والجزء الآخر يبقى فى الرحم فمنها مشاهدة باتون الذى هو اول من ذكر مثال ذلك وكانت المشيمة المحوية فى الرحم متصلة بواسطة الحبل السرى مع الجنين الذى كان مجلسه فى الصيوان وذكر لوجير مثالين احدهما فى امرأة ولم يكن فى الرحم الا رجل الجنين والباقى مع المشيمة كان فى البوق وهيه ذكرمثالا يقرب من مثال باتون وخامس مشاهدة كان الرأس وحده فى الرحم واما الجذع كله فكان فى البوق وسادس مشاهدة وجد فيها فى البطن بذرة كاملة مع جنين حبيله ذهب من البوق حتى اندغم فى الرحم التى كانت المشيمة فيها لكن انكار هذا النوع له وجه لان الامثلة التى ذكرت له لم تجتمع فيها الشروط اللازمة فان بالبحث الدقيق يمكن ان يظن ان ذلك ناشئ من انقباض جزئى او كيس عارضى او تمزق قديم فى الرحم فالوجه ان لا يختار هذا النوع الا بعد تأكيده بمشاهدات قوية

(القسم الثانى)

(فى سير الحمل الخارج عن الرحم)

(الفصل الاول)

(فى الاسباب)

من الاسباب التي قد تنتجه كثافة وسموكة غلاف البذرة اوغلاف المبيض والتصاق النطفة التصاقا قويا وعمق وضعها اوزيادة قربها لرباط المبيض وانسداد البوق وشلله وتشنجه وسوء اتجاهه وافراط اوعدم طوله واحتقانه وحركته المضادة اي التي هي من اعلى الى اسفل وانتفاخ غشائه المخاطي وتقرحاته وصلابة صيوانه اوشرافة اواكثر من شرافاته وضيق فوهته الوحشية وبقية التغيرات التي يمكن ان تحصل في هذه القناة سوآء في تكونها اوفي وضعها اوتمزق الرحم لكن ليس عندنا في العلم من هذه الاسباب ما يفيد ذلك على التحقيق وانما ذلك بحسب مايقرب للعقل وظن استرولك ان النساء الغير المتزوجات يصبن بهذا الحمل اكثر من غيرهن وزعم بعضهم لتأييد ذلك ان البذرة فيهن تبقى في المبيض اوتقف في البوق اوتنزلق على البريتون لان الخوف والفزع والاضطراب الذي يحصل لهن عند مسكهن فجأة وقت التلذذ الشديد اوبعده بقليل يحدث في بنيتهن تكدرا يصل تأثيره لاعضاء التناسل وعندنا مشاهدات ثلاثة تقوي رأي استرولك ولكن لما لم يكن في غيرها ما يفيد ذلك بالقطع جاز ان يعتبر هذا التوضيح فرضيا مناسبا وظن موجون ان المانع المكون من الغشاء الساقط المعارض لنفوذ البذرة في الرحم يصح ان يعد من اسباب ذلك الحمل وعنده ما يعضد ذلك لكن يقرب للعقل ان هذا لا يكون دائما سببا لهذا الحمل فالاسلم لنا ان نعترف بجهلنا بذلك

والذين يقولون ان التلقيح يحصل في الرحم يقطعون النظر عن جميع تلك الاشياء ولا يوضحون الحمل الخارج عن الرحم الا بتصورهم حركة قهقرية بواسطتها تذهب البذرة من الرحم للبوق اولغيره ومن الامور الواقعية النادرة مازعمه بلنشون من ان البوقين في الاسابيع الاول من العلوق يحصل فيهما اتساع قليل وكذلك المشاهدات الغريبة التي ذكرها باتون وغيره من ان الحبيل السري للجنين محوي في الصيوان المشرف شوهد اندغامه على مشيمة كربة في تجويف الرحم نفسه

(الفصل الثاني)
(في علامات الحمل الخارج عن الرحم)

قد يصحب هذا الحمل استدامة الحيض والاوجاع الخثلية والغثيان والقيء الكثير وغير ذلك من الظواهر المغمة المجعولة اعراضا لهذا الحمل لكن من حيث انها قد تعدم غالبا في غير هذا الحمل وان مشاهدتها لا تندر في الحمل الطبيعي يكون عدها من اعراض الخارج عن الرحم قليل الجدوى واذا شوهد في بعض انواع الحمل الخارج عن الرحم ان الثديين لم يتغيرا ولم يفرزا السائل اللبني وان البطن غير متساو ومربع التموّس يميا في الجانب وان حركات الجنين يستشعر بها قبل اوانها الاعتيادي من خلف الجدران التي هي بحسب الظاهر رقيقة جدا وان الرحم بقيت قليلة الحجم فقد يشاهد العكس ايضا في عدد كثير منه بل قد يشاهد غالبا في الحمل البسيط نفسه بعض من تلك الاعراض الغير المنتظمة على انه اذا كان حقا ان الرحم يزيد احيانا حجمها في مثل تلك الحالة فمن اليقين ايضا ان التغيرات التي تحصل لها حينئذ قد تكون غير واضحة كما هو الغالب بحيث يظن معها وجود حمل رحمي في اربعة اشهر او خمسة ويقرب للتحقيق ان الحمل خارج عن الرحم اذا بكرا رتفاع الورم البطني من اعلى المضيق العلوي ووجد مجلسه في احدى الحفرتين الحرقفيتين اوظهر فيه تحدب اودوالي واستشعر فيه بالاندفاعات وسهل ادراك تحدبات الجنين وحركاته وان بقيت جدران البطن حافظة تقريبا لسمكها الطبيعي وعرف باللمس ان ثقل الرحم وحجمها غير زائدين او زائدان قليلا وان العنق لم يفقد طوله فقدا محسوسا وان تغير وضعه واتجاهه وكثافته بل وشكله ايضا

ومن المعلوم ان البذرة اذا تثبتت في نقطة ما من سطح الرحم ووقفت قريبا من اصل البوق او بين الصيوان والمبيض كما شاهد ذلك دودمان او في الرباط العريض كما شاهد ذلك بريحريه او في سمك جدران الرحم نفسها جاز ان لا يوجد شيء من هذه العلامات وسهل جدا اشتباه الحمل الخارج عن الرحم بالحمل الاعتيادي لان الرحم في هذه الحالة تنتفخ وتلين وتكابد تغيرات كثيرة يعلم منها الحمل الجيد وتجويفها يمتلئ احيانا بمادة قابلة للتجمد عديمة الشكل وتظهر على طبقتها المخاطية تولدات وشكل البطن وحركات الجنين لا يفيدان

شيأ مخصوصا بل الهزة نفسها قد توجد احيانا واذا كان الحمل الخارج عن الرحم مزدوجا وذلك نادر يكون التشخيص المأخوذ من الورمين اسهل مما اذا كان بسيطا والغالب ان اعضاء التناسل لا تتغير عن حالتها الاعتيادية الا يسيرا اذا لم يكن الكيس الجنيني فى البوق ولم يلتصق بالرحم واما ماشوهد بخلاف ذلك فنادر ويندر ايضا ان يقصر العنق حينئذ قصرا محسوسا وان تنفتح فوهته انفتاحا واضحا وكثيرا ما يظهر العنق من الاسفل او الاعلى او الامام او الخلف او الجانب اكثر مما يظن باعتبار زمن الحمل هذا وبالجملة لا تكفى العلامات العقلية ولا المحسوسة لمعرفة الحمل الخارج عن الرحم الى تمام الشهر الثالث وما بعد هذا الزمن فيمكن بمساعدتها كلا او بعضا ان يشخص الحمل تشخيصا يقرب للحقيقة فوجودها يفيد ظنا قويا تستند عليه الاطباء الممارسون

والمحل الذى يشغله الكيس له تأثير عظيم فى التشخيص فان كان فى الحفرة الحرقفية او نفس البطن تحقق وجوده بواسطة البحث البطنى بحيث لا يكون هناك وجه لانكاره ويعلم باللمس ان الرحم لم يكابد الا يسير تغير فعلى مقدم الرحم يقلب العنق الى الامام مع دفعه الى الاسفل ويضغط على المثانة فيحصل من ذلك بعض عوارض فى تلك الجهة ويعثر على شكل ورم نحو الخثلة مع كون الاصبع ايضا تؤكد من المهبل الخو القابل للرحم ولهذا الحمل فى التقعير المستقيمى المهبلى الذى ينتهى حال ذلك الحمل بالتثبت فيه صفات واضحة يسهل عموما الاستشعار بها بعد الشهر الثالث فيعرف الكيس البارز فى اعلى المهبل وفى المستقيم معا بالاصبع التى تذهب فى بعض الاحوال حتى تميز الجنين او اجزاءه المختلفة وقد يغش بالانقلاب الى الخلف وحده لكن يحترس من الغلط بان يتذكر ان بوزطنشيا هنا يكون مرتفعا ومتجها الى الامام واما فى الاختلاف المذكور فيكون مدفوعا الى اعلى العانة مع الرحم التى توجد بالبحث الخثلى ويدوم فى الغالب على التفاته الى الاسفل نعم يحصل بين الرحم والعجز فى محاذاة المضيق انخفاض وانحناء للعنق الى الخلف لكن من حيث

ان قصر بوزطنشسيا وتغيرات باقى العضو لاتظهر بنسبة واحدة سهل ايضا الاحتراس من الغلط فى ذلك

واما العلامات المميزة للانواع المختلفة التى للحمل الخارج عن الرحم فاظن ان من غير النافع ذكرها هنا لان معرفتها لاتفيد شيأ فى العمل على ان جميع ماذكروه لها غير يقينى لايعتمد عليه بل ربما عسر فى الرمة بواسطة المشرط ان يحكم بان مجلس البذرة هل هو البوق او المبيض كما يكون فى البريتون فن الهزء تحقيقها فى امرأة حية

(الفصل الثالث)
(فى انتهاء الحمل الخارج عن الرحم)

الحمل الخارج عن الرحم ينتهى عادة قبل الشهر الخامس وقد شوهد مجاوزته ذلك بل الى الوقت الاعتيادى للولادة وذكر المشاهدون له حالة عظيمة الاعتبار وهو انه ظهر فى الآخر نوع طلق واوجاع متقطعة بل قوية فى بعض الاحيان وابتداء اتساع فى العنق وسيلان مخاطية ومادة مدممة واغرب من ذلك ايضا انقباض واضح فى الرحم او فى الكيس الجنينى وفى الحقيقة يوجد بعض هذه الظاهرات فى الحمل البوقى لان البوق لما كان مركبا من نفس الاصول التى تركب منها الرحم كان متمتعا بمثل خواصه لكن لايمكن فى الحمل البطنى ان توضح انقباضات الكيس الا باختبار انه مؤلف من الياف لحمية آتية من الطبقة الخلوية المرنة التى تبطن بريتون الحوض

والحمل الرحمى البوقى وحده يمكن فيه استخراج الجنين من الطرق الطبيعية والحمل الذى فى التقعير والذى فى اثناء منسوج الرحم يمكن ايضا ان يخرج الجنين فيهما من المهبل واما غير ذلك من الانواع فلا يتأتى فيه ذلك بسبب قلة سعة البوق وقلة تمدده فبالنظر لذلك كله يكون الحمل الخارج عن الرحم خطرا دائما للام وجنينها وانتهاء آته الطبيعية ترجع كلها تقريبا لموت الجنين وتمزق الكيس فلنذكر ذلك فى مبحثين

(المبحث الاول)
(فى موت الجنين فى الحمل الخارج عن الرحم)

يندر ان تجاوز حياة الجنين الشهر الثالث او الرابع فبعد ان يموت من فقد
تغذيته او من التهاب غلافه المحيط يشاهد فيه احد امور ثلاثة اولا ان السائل
الامنيوسي كغيره من الاجزاء السائلة للجنين تمتص والجنين ييبس و يتحجر
او يتحول الى مادة شحمية رمية والكيس يضيق ويسمك ويصير ليفيا او ليفيا
غضروفيا بل او عظميا او يتحول الكل الى ورم صلب يمكن ان يبقى فى البطن
دائما بدون ان يحصل منه خطر للمرأة وصلابته استدعت فى بعض الاحوال
ان لا يكسر الا بقدوم ومن المشاهدات ما كان مكثه فى البطن ثلاثين سنة
وثانيا ان الكيس يتحول الى بورة صديدية حقيقية والجنين يفسد ويذوب
ويمغن وينتهي حال الكيس حينئذ بان ينفتح اما فى تجويف مخاطي او من
الخارج بواسطة ناسور او فى البريتون بدون واسطة وقد اتفق انه انفتح فى باطن
المثانة وفي مشاهدة اخرى حصلت الفتحة قرب الاربية ومرة من السرة
واخرى من الشراسيف وكثيرا ما يحصل قذف الجنين من القناة الهضمية
وبذلك يعلم ما زعموه من الحمل المعدي والاجنة التي خرجت بالقيء وتكلم عليها
بعض المؤلفين والاحوال التي شوهد فيها اندفاع الجنين من الشرج حتى
فى الحمل الرحمي فان الجزء العلوي الخلفي من المهبل قد يتمزق ويستطرق
بالمستقيم وثالثا ان البذرة قد تمتلئ بسائل مختلف كثافته وشفافيته اصفر اللون
او اسمر او سنجابي او محمر لكنه غير صديدي وتتغير الى كيس اتفق انه وجد فيه
الى نحو مائة وخمسين رطلا من مادة سائلة تسبح فيها بقايا الجنين

والحالة الاولى هي اجود الاحوال واسعدها واليها ينسب كثير من ذلك الحمل
الذي قد يمكث فى البطن من سنتين الى ثلاثين بل اربعين سنة والحالة الثانية
يصحبها او يعقبها دائما اعراض ثقيلة فالالتهاب ينتشر فى الاجزاء القريبة
ويولد احيانا حمى شديدة ويوصل سريعا الى انتهاء مغم والغالب ان المريض
يسقط فى ضعف زائد بسبب ما يحصل له من التقيح الكثير واحيانا تخرج
جميع اجزاء الجنين احدها بعد الآخر فيستفرغ الكيس شيأ فشيأ وينظف
ويرجع على نفسه ويجف التقيح تدريجا وينتهي الحال بالتحام الجرح او اقله

ان يرجع

ان يرجع لحالة قرحة ناصورية تكون فى الغالب متعبة لا خطرة فنى هذه الحالة كما فى حالة التحجر والاستحالة للجنين لا يمنع ذلك الحمل الخارج عن الرحم حصول حمل جديد اعتيادى يجتاز جميع ادواره بدون عوارض كما شوهد ذلك كثيرا

(المبحث الثانى)
(فى تمزق الكيس فى الحمل الخارج عن الرحم)

جميع انواع الحمل الخارج عن الرحم يمكن ان تنتهى بتمزق الكيس الذى يخدم الجنين بوظيفة الرحم وقد وجد امثلة لذلك فى الحمل البطنى والحمل فى نسيج الرحم واما الحمل البوقى فذلك هو انتهاؤه الغالب لان جدران البوق وان كانت قابلة للتمدد الا انها رقيقة لا تقاوم اتساع الكيس زيادة عن الشهر الثالث او الرابع وامثلة ذلك عندنا كثيرة فتارة يحصل التمزق فجأة وكانه نتيجة حركة عنيفة او سقوط او نحو ذلك وتارة يحصل ببطئ امامن الترقيق المتجانسكى او اللين او غير ذلك من التغيرات التى تحصل فى جدار من جدران الكيس الجنينى

فاذا لم يحصل فى الكيس التصاق يحفظ من الانصباب سقط فى تجويف البريتون مياه الامنيوس والجنين والدم الذى يسيل من حافتى التمزق والغالب ان فقد الحس والحركة والاغماء والتشنجات التى تتجدد والآلام الشديدة تهلك المرأة المسكينة فى بعض ساعات واحيانا تقاوم القوة الحيوية لها تلك السرعة وتضعفها فيظهر التهاب بريتونى شديد ويحصل الموت فى اليوم الثانى او الثالث او الرابع وفى بعض الاحوال النادرة تقهر الطبيعة الاخطار الاولية لهذا الامر المهول فتتراكم المواد المنصبة فى البطن فى بورة محدودة ويتولد من ذلك خراج حقيقى يرجى به اغاثة المريض واسعافه

(القسم الثالث)
(فى علاج الحمل الخارج عن الرحم)

عسر تحقيق الحمل الخارج عن الرحم فى اشهره الاول كان سببا لندرة ظن

علاجه فيها قبل تولد الاعراض التى تعلن بموت الجنين او بتمزق اغشيته على ان قوة الصناعة ضيقة فى معظم الاحوال قاصرة غير متسعة بحيث ان الاستعانات التى يمكن استعمالها تكون ايضا خطرة فى نفسها مثل خطر الانتهاءات الطبيعية الرديئة ومع ذلك من الغلط ترك الفعل فى كثير من الاحوال فاذا انفتح الكيس من ذاته سوآء من الخارج اوفى سطح غشاء مخاطى كان لا بأس بتوسيع الفتحة فاذا بقى سليما ولم يبرز الا على المضيق عملت عملية الشق البطنى فان كان شاغلا للتقعير المستقيمى المهبلى سهل شق المهبل او الشرج لذلك

(الفصل الاول)
(فى عملية الاطلاق للحمل الخارج)

لما كان انفتاح الكيس من الظاهر لا يحصل غالبا بدون التهاب سابق كان الغالب ايضا ان يحصل فيه التصاق حوافى الفتحة بما جاورها فبموجب ذلك يصح اطلاقه اطلاقا واسعا بدون ان يفتح البريتون ور بما منع ذلك الاطلاق وجود اوعية فيها بعض غلظ فيه اوقربه لعضو من الاعضاء المهمة وينبغى ان يفتح فتحة واسعة متى سمح الحال بتوسيعها لكونها تعين على استئصال الجنين او اخراج اجزائه وتعطى مسلكا خالصا للمواد التى تتراكم فى ذلك الكيس فتكون كخراج واسع يلزم تفريغه وتنظيفه باسرع ما يكون واكمل ما يكون وينبغى اختيار تضعيف الاطلاق اى تعداده فى الاحوال التى تكون الشقوق الواسعة فيها خطرة فاذا وصلت اجزاء الجنين الى المثانة وتحقق ذلك بالقاثاطير عملت عملية الحصاة امامن البطن كما فعل ذلك ببلاد الانقليز اومن المهبل كما فعل ذلك الحكيم فلوبير

(الفصل الثانى)
(فى الشق البطنى للحمل الخارج)

الشق البطنى هو الدوآء الوحيد الذى يعالج به بعض احوال من الحمل الخارج عن الرحم وذكرواله سابقا امورا ناجحة فى مشاهدات كثيرة اتفق فى بعضها

موت الام وسلامة الجنين وفى بعضها بالعكس وفى بعضها سلامتهما معا وبعض الجراحين خاف من فعل هذه العملية بسبب ما يحصل منها من النزيف والتقيح وجرح البريتون لكن ذلك مبالغة فى التخويف وبالجملة فالشق البطنى خطره فى الاهلاك بمجرد النظر اقل مما يظن عموما والظاهر انما ذا لو دربه قبل ان تظهر العلامات المهولة للالتهاب وسيما الالتهاب البريتونى حيث يتسلطن تسلطنا مهلكا حصل امعاف لحياة المرأة فى كثير من الاحوال

وبعضهم تمسك بان فى جميع الاحوال تعمل العملية قبل الشهر السابع من الحمل الا اذا تحقق موت الجنين وانفتاح الكيس سواء فى البريتون او من الظاهر اما بدون ذلك فانها تسبب موت الطفل بدون منفعة للام مع انه كان يمكن ان يصل الى تمام اشهره ويخرج حيا وهذا الرأى وان كان له بعض معضدات الا انه لا ينبغى التعويل عليه لان العملية تكون بشائر النجاح فيها اكثر كلما كان الحمل اقل تقدما فالحياة المستقبلة للجنين هنا اقل رجاء وظنا من حياة المرأة التى هى ارجح النظر ثم نقول بالاختصار اذا كان فى الجنين امارات الحياة بعد سبعة اشهر اقتضى العقل والرأفة البشرية فعل عملية الشق البطنى بدون توقف حتى لو دعى الطبيب بعد تمزق الكيس لزمه فتح جدران البطن حالا

ولننبه على ان موت المرأة بدون العملية محقق اما معها فترجى حياتها ولا بأس ان ننبه ايضا على ان الكيس يندر ان يكتسب نموا عظيما بدون ان يلتصق بالجزء المقابل له من جدران البطن فعلى فرض عدم حصول هذا الالتصاق يمكن فى الغالب تحصيله بواسطة ضغط مستدام زمنا طويلا ثم اذا بقى اثر خوف من ذلك عملت العملية على طريقة جراويس فى الخراجات والاكياس المرضية فى البطن بان تعمل فى زمنين الاول يشتمل على شق الجلد والعضلات والاوتار العريضة حتى يصل للبريتون والثانى لا يفعل الا بعد ثمانية ايام او عشرة ويكون مخصوصا بفتح الكيس ففى المسافة بين الزمنين يدخل الورم الخالص مما يقاومه من الخارج بين شفتى الجرح ويلتصق بما يحيط به منه بحيث

اذا حصل الشق الثانى لم يحصل منه خطر

فاذا لم يصح عمل الشق البطنى بسبب انفتاح الكيس الجنينى فى البريتون ينبغى الاقتصار على مقاومة الاعراض وتخفيف شدة الالتهاب والاحتراس من تكون الصديد واعانة تولد الالتصاق المحدد للانصباب وحفظ القوى اونقصها بواسطة التدبير الغذائى اوالاستفراغات الدموية على حسب ماتستدعيه ظاهرات رد الفعل اوالضعف

(الفصل الثالث)

(فى فعل الشق من المهبل فى الحمل الخارج)

اغلب انواع الحمل الخارج عن الرحم هو الذى محله فى التقعير بين المستقيم والمهبل سوآء نبتت البذرة اولا فى هذا المحل اونزلت فيه مع البوق اوالمبيض وحينئذ ففتح الكيس سهل فى الغالب واقل خطرا من الشق البطنى وينـاسب فعل ذلك من طريق المهبل الا اذا كان هناك مايمنع ذلك والاولى حسبما علم من المشاهدات ان تعمل هذه العملية قبل ان يظهر شئ من الاعراض الثقيلة الاان ينتظر حصول ادنى طلق كما قيل ويلزم ان تكون الفتحة واسعة وينتظر نزول المشيمة اى كون المشيمة يخلص معظمها بنفسه فرارامن النزيف

فاذا كان الفرج منسدا كما فى حالة ذكرها بونى عملت العملية من الشرج الامن المهبل ومشاهدات ذلك كثيرة وكثيرمن النساء نجحت معهم هذه العملية فاذا لم يقطع الحكم بعمل شئ من هاتين العمليتين وظهر الكيس فى احد هذه الاماكن سوعد على خروج قطع الجنين التى ظهرت فى المهبل اوالمثانة اوالمستقيم فتفتح الخراجات اذا تكونت ويعارض وقوف الصديد اوالمادة الفاسدة ويفعل مايقتضيه الحال بالمناسب من الاستحمامات والحقن فى المهبل وفى المستقيم والحمية القاسية والتدبير الغذائى المقوى والافصاد العامة والموضعية والسكون والراحة اوالرياضة

(التعليم الثانى)

(فى الحمل الكاذب)

سموا بالحمل الكاذب الامراض التي يزيد فيها حجم الرحم او البطن مقابلة لها بالحمل الصادق وذلك كاحتباس الحيض والاستسقاء الزقي والكيسي والطبلي والبوليبوس والاسقيروس والسرطان في الرحم والاورام في المبيض او البوق او الحوض وغير ذلك فان هذه الآفات يحصل منها في الغالب علامات مشابهة للعلامات العقلية والحسية للحمل الحقيقي ولكن بالبحث الزائد لا يمكن الخطأ فيها فلا تشتبه بالحمل الا من ساه او قليل الممارسة وهذا الحمل اذا كان نتيجة تكدر في وظيفة الرحم او تغير فيها انقسم الى ثلاثة انواع حمل كاذب بسبب انحرام ادوار الحيض وحمل كاذب من آفة في الرحم او متعلقاته وحمل كاذب عصبي والنوع الثاني غير عسر التشخيص اذ لا تشتبه بعد الجس اعراض اسقيروس العنق وقروح الرحم بظاهرات الحمل ووجود البوليبوس في الرحم يكون مصحوبا بالنزيف في الغالب وفي تلك الاحوال كلها لا يحس فيه بالهزة ولا بحركات الجنين هذا وتسمية تلك الآفات بالحمل الكاذب غير مناسبة اذ ليس هنالك في الحقيقة حمل اصلا وانما المناسب ان يعطى لكل منها اسم يخصه ولنتكلم على كل منها بما يناسبه في محله ولنذكر الآن ما يشتبه به الحمل في مباحث ثلاثة لتعرف تلك الانواع الثلاثة للحمل

(الفصل الاول)
(في احتباس الطمث)

تراكم السائل الطمثي في الرحم قد تغش فيه القابلة وتظنه حملا حقيقيا علاماته اذا امتلأت الرحم من الدم يعرف بالجس في بكر ان غشاء البكارة غير منثقب وان المهبل او غيره من بقية الاعضاء التناسلية ليس على انتظامه الاعتيادي او كان ذلك في امرأة متزوجة لم يحصل في حيضها الى الآن ما يخالف العادة كان هنالك دلالات على مرض يتضح تشخيصه بالبحث الجيد فنمو البطن يحصل بدون انتظام فتارة ينقص مدة شهر ثم يزيد فجأة مدة اخرى والادوار الطمثية يصحبها غالبا آلام قولنجية شديدة واما الرحم فمهما كان زيادة حجمها لا يميز فيها بالبحث البطني تحدبات ولا اجزاء صلبة

والاستماع لا يؤخذ منه ضربات مزدوجة ولا لغط النفخ ولا يستشعر بحركات الجنين اصلا

معالجته * عندنا عملية هي العلاج الرئيس لهذا العارض وهي البط فاذا كان ذلك منسوبا بالانسداد العنق استعمل لفعله مبضع مشابه لمبضع الفتح البلعومي او بإذلة غليظة طويلة او مشرط بسيط مستقيم ملفوف عليه عصابة صغيرة الى قرب سنه ثم يوضع فتيل في محل الشق واحسن منه انبوبة من الصمغ المرن مدة ايام ولكن من حيث ان السائل المحوي في الرحم يكون قوامه في الغالب شرابيا او فيه ندف بحيث لا يخرج دائما من الثقب المفعول بالبط يكون الاحسن والاولى كذا ان يوسع الشق بآلة قاطعة * وان كان الانسداد في المهبل وعم اعظم جزء من هذه القناة فان العملية لا تخلو دائما عن الخطر ومع ذلك فتوتر الاجزاء بالدم يصير العملية اقل تعسرا مما اذا لم يكن هنالك احتباس طمث وبالاختصار فالعملية لا تستدعي الا الاحتراسات التي تلزم مراعاتها في عيوب التكون للفرج

فاذا لم يكن هنالك الا نوع حجاب حاجز كفى لذلك مجرد ضربة مبضع او مشرط ولكن الاحسن ان توجه الآلة على كل شفة من شفتي الجرح ايضا ليحصل شق مشعع والغالب ان يكون المانع في الفرج فالدم حينئذ يشغل في العادة المهبل لا الرحم وانما توجد هذه مدفوعة الى الداخل على شكل ورم في اعلى المضيق وامثلة ذلك كثيرة انغرفيها بعض الاطباء وظنه حملا فنهم من اخرج منها بالعملية نحو ثمانية ارطال واقل واكثر وشوهد تمزق الغشاء من نفسه وخروج الدم من ذاته واتفق في اخرى ان الورم كان مزرقا رخوا بارزا الى الخارج ظنه الحكيم ما قول جيب المياه اي القرن

واما وضع المرأة في العملية فهو كما في عملية الحصاة وتكون الاجزاء ممتدة امتدادا مناسبا ثم يغمس المشرط بطأ اذا ظهر ان الغشاء رقيق والورم مقبب الى الخارج اما في عكس ذلك فمن الحزم ان تفعل فيه بضعة صغيرة من الخارج الى الداخل والاولى ان يكون الشق صليبيا او مشععا لا بسيطا ولا بأس

ان تستأصل الاهداب على رأى بيلسبوس اذا خيف قربها البعضها ثم يفعل مثل ما يفعل فى خراج واسع بان لا يترك حتى ينسد وينبغى ان يدخل الاصبع الى عنق الرحم ليتحقق بها حالة المهبل فقد اتفق ان مريضة شق منها غشاء البكارة لاجل هذه الحالة ومع ذلك بقيت متألمة فبحث فيها من جديد فوجد معها قرب عنق الرحم حجاب حاجز فشق شقا عريضا فحصل بذلك البرء التام

(الفصل الثانى)

(فى الامراض التى تشتبه بالحمل الحاصلة فى الرحم وتوابعه)

الاستسقاء الرحمى فيه الدلالات التى ذكرناها فى الحالة السابقة مع ان هذه الآفة الموضعية يصحبها تغير عميق فى الحالة العامة للصحة بحيث لا يمكن الغلط فى هذا الداء متى حصل ادنى تأمل

والاستسقاء الطبلى الرحمى قد تكتسب الرحم فيه حجما عظيما لكن تبقى خفيفة جدا والهزة لا توجد اصلا والقرع على البطن يحدث رنانية تزيل حالا جميع الارتياب

والاستسقاء الزقى المتكيس والاورام الليفية او الاسقيروسية والنمو الغير الاعتيادى فى المبيض او غيره من توابع الرحم جميع ذلك قد يشتبه بالحمل الخارج عن الرحم الا ان هذا العضو لا يحصل له من ذلك الا تغير قليل وايضا فان غيبوبة العلامات الحقيقية لوجود الطفل والحالة العامة والسير للعوارض تكفى لتحقيق عدم وجود الحمل

واما الاستسقاء البطنى والطبلى البريتونى وانصباب الصديد او الدم فى البطن والاورام المخية او الليفية او الخنازيرية او الشحمية او غير ذلك من امراض الاعضاء الحوية فى البطن فهى امراض او اعراض امراض لا تشبه الحمل الا فى تمدد البطن واما بقية اعراضها فتبعدها عن ان تشتبه بذلك فاذا كان البريتون متمددا بغاز علم ذلك حالا بمجرد القرع واما استسقاؤه الزقى فان السائل فيه اذا اتجه نحو الجزء الاميل بمقتضى قانون الثقل يعطى للبطن شكلا يسهل تمييزه عن شكل البطن فى الحمل فلا يحصل اشتباه بين هاتين الحالتين وكذلك

الفرق بعيدا ايضا فى بقية الآفات التى ذكرناها ثم هذا التشخيص وان سهل عند الطبيب الماهر فيما اذا كان الحمل متقدما طويل المدة الا انه قد يكون عسرا اذا كان فى اول ازمنته كما فى الشهر الثالث فما قبله فانه كثيرا ما اشتبه حينئذ على بعض الاطباء كما يعلم من المشاهدات قال المؤلف وقد شاهدت حالة اجتمع فيها معظم علامات الحمل فى امرأة عمرها احدى وثلاثون سنة وانتهى حالها فجأة بخروج نحو رطل من مادة مصلية واتفق حصول هذا العارض لها قبل ذلك ثلاث مرات

(الفصل الثالث)
(فى الحمل العصبى)

وربما وقع الاشتباه بجملة اعراض تسمى بالحمل العصبى او الاختناقى (نسبة للمرض المسمى استريا اى اختناق الرحم) وتشاهد على الخصوص قرب سن اليأس فى النساء العصبيات القابلات للتهيج الغير المتزوجات واللاتى فقدن اولادهن الاول لكونهن يعذبن بشهوة قوية لتحصيل اولاد اخر من جديد وكذلك اللواتى يبقين عزبات مدة سنين كثيرة ويغلب على ظنهن انهن قابلات للتناسل من زوج آخر فينقطع حيضهن ويعرض لهن غثيان وفقد طعم الاغذية وتغيرات فى الثدى وفى الهضم واحيانا جميع العلامات الرئيسة للحمل وتنتفخ البطن ويزيد الحال بالمرأة حتى انها تحس بحركة الجنين حركة قوية ومن القوابل من يغش بذلك ويظن انه حمل حقيقى كما وقع ذلك لافاضل الاطباء كدبوة وارفيلا وتكلم روسيل على امرأة كان معها جميع اعراض الحمل من انقطاع الحيض وعظم البطن واحتقان الثديين باللبن والاحساس بحركة الجنين وخلصت من ذلك كله فى الشهر التاسع بنزيف حصل لها وصار ذلك عادة لها فى كل تسعة اشهر مدة عشرين سنة ولما ماتت فتحت جثتها فوجد الرحم فى الحالة الاعتيادية وقد شوهد عندنا الآن نظير هذه المشاهدة فى امرأة بالصعيد قال المؤلف واتفق ان امرأة مكثت ثنتى عشرة سنة من عمرها لا ترى الاولاد ونادتى وعمرها اذ ذاك ثمان وثلاثون سنة لمنع اجهاض كانت تخشاه

واخبرت انها حامل منذ اربعة اشهر فرأيت معها عظم البطن واعراضا سمباتوية كثيرة يظهر منها صدق قولها فكانت تحس بحركة الجنين وحصل لها سيلان قليل دموى اعتراها بسبب حركة عنيفة ثم بعد يومين سكن خوفها من ذلك ولكن بعد ذلك بشهرين ظهرت اعراض الخوف ثانيا ثم سكن ايضا ونقى رجاؤها فى الحمل حتى تمت الاشهر فعرضت اوجاع الطلق ونودى للولادة بقابلة ماهرة تكملة لفرح تلك المرأة فمكثت ثلاثة ايام وهى فى وجع شديد بدون ان يظهر تقدم للوضع فجسّتها فوجدت العنق والرحم كلاهما فى الحالة الاعتيادية فقلت ليس هناك حمل قط وبعد اربعة ايام رأيت البطن انخفضت مع انه لم يخرج شئ من اعضاء التناسل ورجعت للمرأة صحتها ويقرب من تلك المشاهدة ما حكاه مورسوم فى امرأة عمرها خمس وخمسون سنة وذلك انه بعد ان احضرت لديها القابلة وجهزت ملابس المولود وجميع ما يلزم احست بالطلق فى الشهر العاشر وانتهى جميع ذلك بخروج مياه وبعض غازات وعندنا من ذلك امثلة كثيرة تركناها خوف الاطالة ولنختم ذلك بفصل فيها زبدة ماسلف فى الحمل الكاذب وتكملته

(الفصل الرابع)
(فى اختصار ما سبق وتكملته ومعالجته)

الحمل الظاهرى ينشأ اولا من الاحتباس الحيضى التابع للطمث وثانيا من عدم الانتظام فى وظيفة الطمث وثالثا من آفة فى الرحم ورابعا من آفة فى البوقين وخامسا من آفة فى المبيض وسادسا من آفة فى الاحشاء البطنية وسابعا من آفة فى الحوض وثامنا من حالة لا يمكن تعيينها وتشتمل على الحمل التوهمى والاختناقى والعصبى ففى معظم هذه الاحوال بل فى كلها يكفى الجس منضما مع البحث البطنى لذهاب الاختلاط والاشتباه وان كان بعض النساء ممن يميل للحمل يحب البقاء على ذلك الغلط ويكره البحث لتحقيق ذلك وبعضهن ممن لا يريد الحمل بالعكس

ومعالجة الحمل الكاذب تختلف باختلاف التغير العضوى والوظيفى الذى

سببه ولا يمكن ذكرها هنا فى هذا الكتاب وانما نذكر لك بان احسن الوسائط المناسبة فى الحمل الاختناقى او الوهمى او العصبى اى الذى ليس معه اصابة مادية فى العضو هى الاستحمامات الفاترة التى تكرر كثيرا ويترتب على ذلك ان هذه الاعراض للحمل الكاذب قد تبقى فى جميع زمن الحمل الطبيعى ولا تذهب حتى يضاف لها كثير من الاعراض التى للطلق الحقيقى

وكما يقع الغلط فى بعض الامراض بظنها حملا كذلك قد يقع الخطا بظن الحمل مرضا وامثلة ذلك كثيرة فقد اتفق ان امرأة عولجت مدة اشهر فى مارستان التعليم على ظن ان معها احتقانا كبديا وشفيت دفعة بالولادة فى صباح يوم وانبهر من ذلك حكيم من الاطباء عمل عليها للتلامذة بعض دروس واخرى ظن معها مرض فى المبيض فتبين انه حمل ولا حاجة لان نذكر هنا الحمل اللحمى المنسوب لقطع اللحم المسمى مولى ولا الحمل الديدانى لان مولى الرحم وديدانه انما هى مستنتجات من العلوق تغيرت طبيعتها ونشأ عنها اعراض الحمل الحقيقى ومحل ذكرها مبحث الاجهاض

(التعليم الثالث)
(فى ذكورة الجنين وانوثته)

(القسم الاول)
(هل يمكن معرفة النوع اى الذكورة والانوثة مدة الحمل)

يقال ان النطفة المذكرة تنمو بسرعة اكثر من المؤنثة وزعم ارسطاطاليس كبقراط ايضا وكثير من القدماء ان المرأة اذا كانت حاملة بذكر تبكر معها حركات الجنين فان كان الحمل انثى تأخرت تلك الحركات ويقال ايضا ان الحامل بذكر تحس من نفسها بالهمة والقوة والانبساط والنشاط والاستبشار وتحيى اعينها ويقال تكون عينها اليمين اخف حركة واسرع ويتلون وجهها ويكون نبضها قويا ومتواترا وهضمها سهلا وبالاختصار تتم جميع وظائفها باطلاق اكثر فى جميع ذلك مما اذا كانت حاملا بانثى ويقال ايضا ان مما يدل على ذكورة الحمل وجود خط اسمر او اسود على الخط المتوسط للبطن وقوة شديدة وتلون

قوى

قوى وارتفاع عظيم فى الحلمة وصلابة فى الثديين وتوترفيهما وقوة ضربات السبا تيين وغلظ الاوردة فى الجهة اليمنى اكثرمن اليسرى قالوا وبتدأ تحرك الجنين فيهامن الجانب الايمن بعد الشهر الثالث بخلاف الانثى فبعد الرابع واول ما ينمو الثدى الايمن وسيما حلمته واليها يجرى اللبن اولا ويدر ولا يكون اللبن غليظ الزجا ولا رقيقا مائيا واذا نظر اليه فى الشمس كان كقطرة زيبق اوقطرة لؤلؤ ذائب غيرمفرطحة وتزداد الحلمة حمرة لا سوادا وتكون عروق رجليها محمرة لامسودة واذا قامت اومشت تقدم الركبة اوالرجل اليمنى اولا ويكون الرحم مائلا الى اليمين والبول حاملا فى العادة لراسب طوبى وعكس ذلك يشاهد اذا كان الحمل انثى

واظن انه لاحاجة لمعارضة ارآء الاطباء والفسيولوجيين فى مثل ذلك وانما نقول ان المشاهدة تثبت كل يوم ان العلامات التى ذكروها للذكر تشاهد فى الحمل بالانثى ايضا فالحق ان النوع لا يعلم الا بعد خروجه من بطن امه

(القسم الثانى)

(هل يمكن بالاختيار ان يولد المتجامعان احد النوعين)

وقع اضطراب فى هذه المسألة قديما وحديثا قال بقراط المبيض الايمن والخصية اليمنى سوآء فى الانسان اوغيره يعطيان الذكور بخلاف الايسران فيعطيان الاناث وتبعه على ذلك كثيرون فمن بعده بل عليه كثيرمن اطبائنا اليوم مع انه لا تجربة تؤيده بل العقل يمنعه كيف يدخل فى الرحم منى الخصية اليمنى فقط اواليسرى فقط حتى يتولد احد النوعين نعم يصح تجربة ذلك فى الحيوانات ذوات الاربع فيزال منها مثلا الخصية اليمنى اواليسرى واما فى البشر فلا يرضى احد بذلك بل ولا يتجاسر احد على ربط الحبل المنوى من جانب مدة الوطئ وان زعم دبونس ان ذلك وقع فى زمنه وبناء على هذا الرأى اشار ميلوط على المتجامعين بان يضطجعا عند الجماع على الجانب الذى فيه نطفة النوع المراد ومن الاقدمين من ظن ان رحم المرأة ذات قرنين كالبهائم فبذرة المبيض الايمن يمكن ان تقف فى القرن الايمن اذا احترس المتجامعان على اضطجاعهما

على الجانب الآخر المقابل اعنى الايسر مثلا عند الجماع ولكن هذا امر معدود الآن من الهذيان فلا حاجة لنا بمناقشته على انه ضعيف الاساس فان لوجلواس نزع من اناث الارانب احد المبيضين ولم يمنع ذلك تولد الذكور والاناث معا وشوهد ايضا فى الآدميين ان الشخص بعد فقد احدى الخصيتين بسبب من الاسباب يولد النوعين معا وعندنا فى الجراحة من ذلك مشاهدات كثيرة منها للمؤلف مشاهدة امرأة جاءت باولاد من النوعين من عشرة الى اثنى عشر فلما ماتت وفتحت رمتها وجد لها مبيض واحد وبوق واحد متعلقان بزاوية من زاويتى الرحم وتحولت الرحم فيها الى نصف حجمها وكذلك علماء المولدات الثلاث شاهدوا فى الحيوانات التى ارحامها ذات قصبين امتلاء قرن واحد بذكور واناث فى آن واحد

هذا وقد وقعت تجربيات تحمل على ظن انه اذا حصل تنوع فى الفصل الذى يقع به التلقيح والتوليد لبعض الهوام والحشرات ينال تولد ذكور تارة واناث اخرى فاهل القرى يظنون انه اذا هب ريح الشمال وكان الفصل جافا باردا وقرب ذكور المعز والنعاج والبقر لاناثها كان ما يحصل فى هذا التلقيح من الاناث اقل مما يحصل فى حالة المخالفة لذلك ويظنون ايضا ظنا قويا يقرب لليقين انه لاجل تحصيل الذكور ينبغى ان يعين للنزو من كان قويا فلذلك يحفظون عندهم لذلك اقوى الحيوانات واشدها واصغرها سنا وقد تأكد ذلك بتجربيات كثيرة فى الخيل والبقر والغنم نتج منها انه كلما كان الذكر اقوى كان المنال من الذكور اكثر فمثلا اذا سلطت ذكور ضأن على قطيع غنم مثلا نيل من هذا التلقيح ذكور اكثر مما ينال لو سلطت هذه الذكور ثانيا على قطيع آخر وينال من تسليطها على قطيع ثالث اقل مما ينال من الثانى وهكذا لان الذكران كانت اقوى وقت تلقيحها القطيع الاول منها وقت تلقيحها القطيع الثانى وهكذا وظنوا ايضا ان الادميين المباح لهم فى ديانتهم بالجمع بين زوجات يكون المتولد عنهم من الاناث اكثر من الذكور عكس من يمنع ذلك كالاوروبيين فان اقله ان يكون النوعان عندهم متساويين تقريبا ففى فرانسا اكد بواسون ان نسبة

الاناث

الاناث للذكور كنسبة خمسة عشر لستة عشر والذى يقرب للعقل ان نوع التولد يكون على حسب حال الزوجين وقوتهما وقت العلوق نعم تأييد ذلك يحتاج لبحث جديد ولا مانع من ان ذلك سينكشف بالتجربة والله هو الفتاح

(القسم الثالث)

(فى تأثير الفصول والثروة على النتاج)

هنا مسألة مهمة تؤخذ من المسألة السابقة وهى هل يتسلطن نوع الذكور على نوع الاناث فى البلاد الفقيرة اوسنى القحط وفى القرى التى سكانها بالطبيعة ضعاف كسالى مساكين ولاجل تحقيق هذه المسألة ينبغى ان يكشف على الدفاتر المعدة لحصر العالم فى المدن والقرى وتقابل الاشياء المتضادة بعضها وقد فعل ذلك بعض المتأخرين فاكد ان الاناث فى البلاد العقيمة الفقيرة اكثر مما فى المدن المضادة لذلك وبعضهم ظهر له خلاف ذلك وان النسبة واحدة فى البلاد العقيمة والمدن الغنية الجيدة الوضع وبعد ذلك اذا قلنا ان الثروة والفقر لا يؤثران تأثيرا واضحا على نوع الذكورة والانوثة فلا عجب فى ذلك لان المرأة والرجل موضوعان حينئذ فى حالة واحدة وهذا انما يدل على ان القوة المطلقة لا تكون هنا شرطا لازما بدون ان ينقص عظم القوة النسبية للزوجين

هذا ومن المعلوم لكل احد ان التوليد يكون اكثر عددا فى بعض الازمنة وبعض البلاد واقل فى غيرها ولكن الى الآن لم يتضح سبب ذلك والذى نتج من تفتيش ولرميس ان الاعياد والنسكات والازمنة الاول من التزوج والصيام والحرمان ودرجة الحرارة وعرض البلاد والتغذى من النباتات او الحيوانات والسعادة والتمدن والحرية والاطلاق والفقر ومصائب الرعية جميع ذلك يحصل منه تأثير فى عدد التلقيح والتوليد وأثبت ايضا انه يكثر تولد الاطفال تحت السماء الصحية وفى البلاد التى انتشرت فيها العلوم والصنايع والحرف والتجارة حيث يكون الجو فيها نقيا والارض خصبة بخلاف الاحوال المضادة لذلك وان القحط وسنى الغلا يحصل منهما تغير غريب

(الكتاب الرابع)

(فى البـذرة)

البذرة البشرية كغيرها من بذرات ذوات الثدى هى جملة الجنين وجميع ما يتعلق به وقد وسعوا الكلام على شرحها فى كتب كثيرة واظن ان اللازم هنا الاختصار

(التعليم الاول)

(فيما يتعلق بالبذرة)

الذى يتعلق بالبذرة هو الاغشية والمشيمة والحبل السرى والحوصلة السرية والحوصلة السحقية والسائل الامنيوسى ولما كانت هذه تختلف فى الحمل البسيط والمضاعف والخارج عن الرحم كان المناسب دراستها فى تلك الاشياء على التعاقب

(الباب الاول)

(فى توابع الجنين فى الحمل البسيط)

(القسم الاول)

(فى الاغشـية)

غلاف البذرة مكون من ثلاث طبقات متحدة المركز الغشاء الساقط والسلى والامنيوس اى المصلى فالاول مجهز من اعضاء تناسل المرأة والآخران ينسبان للبذرة

(الفصل الاول)

(فى الغشاء الساقط)

هذا الغشاء وجوده واضح فى جميع ازمنة الحمل وتحققه المشرحون الا انهم لم يفحصوا عن توضيحه حق الافصاح

تكوينه * احياء النطفة يحدث فى الرحم تنبها مخصوصا يتبعه افراز مادة قابلة

للتجمد

للتجديد تنعقد وتتحول الى جيب مملوء بسائل شفاف او وردى قليلا واذا لامس
هذا الغشاء سعة جدران التجويف الرحمى امتد احيانا حتى يدخل فى اصل
البوقين والاجزاء العليا من العنق على شكل احبال او سدادات والثقوب
التى ذكرهنتير وغيره انها تشاهد فى هذا الغشاء حذاء البوقين والعنق لا توجد
فى الحالة الطبيعية * فالبذرة بعد ان تجتاز البوق تضغط على الغشاء الساقط
لتنزلق بينه وبين الرحم وتنتهى بان تلتصق بسطحه الباطن وعند ذلك يوجد
الغشاء مكونا من جزئين احدهما اكبر ويغشى جميع باطن الرحم ما عدا المحل
اللامس للنطفة ويسمى الساقط الرحمى او الظاهر * وثانيهما اصغر مضغوط
بالنصف السفلى للحوصلة الملقحة التى يغلفها ويسمى بالساقط المنعطف
او الباطن او فوق السلى وسعة الاول تزيد بزيادة سعة الرحم وعظم الثانى يتبع
نمو النطفة ولذلك يكون التجويف الفاصل لهما اعظم كلما قرب الى الازمنة
الاول من الحمل

هيئته * الساقط الرحمى يحفظ سمكه العظيم سيما ما جاور المشيمة منه الى آخر الحمل
بخلاف الساقط المنعطف فانه يرق ببطء بحيث يكون فى زمن الولادة احيانا
فى غاية الرقة جدا فاحدهما بدخوله فى الآخر ينتهى بان يلامسه نحو الشهر
الثالث مثلا ثم ان هاتين الورقتين يبقيان متلامستين تلامسا قويا او ضعيفا الى
خروج المشيمة لكن بدون ان يختلطا وان قال بذلك هنتير وغيره فقد علم ان هذا
الغشاء يكون للبذرة كالصفاق الصدرى بالنسبة للرئتين وكالغشاء المصلى
التامورى بالنسبة للقلب وقال هاتان ان سمك هذا الغشاء نصف خط ولونه
ابيض مصفر وقوامه رخوابى انتهى ووجهه الظاهر غير متساو وذو مسام
وبملامسته لباطن الرحم يغطى السلى الى دائرة المشيمة لكن لا يطول اولا
على وجهها الاسفنجى والتصاقاته بباطن الرحم ضعيفة وتكون بواسطة
خيوط مخاطية يسهل تمزيقها وليست اوعية ولا اعصابا والتصاقه بالسلى
يكون متينا كما تقدم نحو البذرة ففى الشهرين الاولين يسهل تخليص البذرة
من الكيس المتكون من الساقط المنعطف اما فيما بعد ذلك فان الخيوط

الكثيرة التى تغطى البذرة عادة تلتصق التصاقا صلبا بالساقط المنعطف بحيث يعسر فصلها بدون تمزق

ووجهه الباطن لكونه منديا بسائل يكون ناعما كأنه مفروش بغلالة خلوية وان كان فى الاصل خشنا فاذا زال السائل ولامست الطبقة المنعطفة الطبقة الرحمية اكتسب هذا الوجه حالا صفات السابق * والسائل الذى يملأ تجويف الساقط ليحفظ تباعد الصفحتين يكون احيانا صافيا جدا لكن الغالب كونه محمرا لزجا يشبه الزجاج الذائب اوزلال البيض ويتكون فى المحل الذى ينتهى فيه الساقط ليغلف البذرة دائرة يكون منظرها اولا كثنية مستديرة بانتظام كثيرا وقليل ثم بعد ذلك تتحول شيأ فشيأ الى حافة رقيقة حادة وتنتهى بان تتصل اتصالا واضحا بدائرة الكتلة المشيمية

اوعيته * زعم من كتب على هذا الغشاء انهم وجدوا فيه اوعية كثيرة وبموجب ذلك يكون عضويا قال المؤلف وانا اظن خلاف ذلك اذ ليس فيه صفات نسيج حقيقى فى جميع ازمنة الحمل ويسهل تأكيد حالته الغير الآلية بان يبحث عنه فى مشيمة طرية نعم فيه بقع محمرة نجمية اوخطية دموية اظن انها هى التى ظنوها اوعية فى سمكه

منفعته * ظنوا ان منفعته تغذية الجنين فى الاسابيع الاول لكن يكفى لرد ذلك ان الحبل السرى يندغم دائما فى الجزء من البذرة الغير المحاط بهذا الغشاء وذلك يدل على انه لادخل له فى تغذية الجنين فى الايام الاول فمنفعته انما هى تثبيت البذرة الملقحة فى محل تام من تجويف الرحم

(الفصل الثانى)
(فى السلى)

يقال له خوريون وهو موضوع بين الساقط المنعطف والامنيوس فهو الغلاف الظاهر للبذرة قبل دخولها فى الرحم وهو فى الابتداء يكون معتما وفيه مقاومة ومنظره فى اليوم العاشر الى الثانى عشر يكون حوصليا خمليا اوكحوصلة صغيرة شفافة وسطحه الظاهر خالص من الالتصاق محبب فى جميع سعته بحبوب

تكون على التدريج اظهر فى محل نمو المشيمة املى فى غير هذا المحل فينتهى حالها بان تزول بالكلية كذا قال هتان وسطحه الباطن مملوء بسائل صاف لزج وظنوا عموما ان الحمل المغطى للسطح الظاهر من طبيعة وعائية قال المؤلف وقد اثبت خلاف ذلك منذ بعض سنين فان حمله يشاهد قبل ان تمر القنوات الدموية للحبل السرى فالى غاية الاسبوع السادس كل ندفة عظمها اقله مثل عظم وعاء من الاوعية السرية بحيث ان عدد هذه ثلاثة ويعسر ان يتولد عنها تلك الاوعية الخالية التى هى كثيرة العدد جدا وهى غير مستطرقة ببعضها بل منتشرة بانتظام على سطح البذرة كله واما الحبيل والمشيمة فلهما اتصال بنقطة من هذه الحوصلة وجميع المشرحين مع غاية اجتهادهم لم يثبتوا ان هذا الحمل مجوف او وعائى او خيوط خلوية صلبة وانما هى اجسام صغيرة اسفنجية ذات خلايا لا قنوات

سمكه * تحقق من مشاهدات هذا الغشاء والتأمل فيه فى جميع ازمنة الحمل انه شفاف رقيق كله سواء على المشيمة او فى موضع آخر وليس مكونا من وريقات كما زعم البعض وانما كان الحال عليهم مضطربا فى غشاء لم يفصل منه جيدا الغشاء الساقط وقال هتان ان هذا الغشاء فى لحظة الولادة يصير رقيقا شفافا قليل المقاومة ملتصقا بالغشاء الساقط وبالامنيوس وبالمشيمة فى المحل المحاذى لها وبعد ان يغشى الوجه الجنينى اى الباطن للمشيمة ينعكس على الحبل السرى فيكون له غمدا يصاحبه الى سرة الجنين وهناك يختلط بادمة الجلد وتركيب هذا الغشاء ليس جيد المعرفة غير انه وان لم يصح نسبته للجلد ولا للعضل ولا للاوتار العريضة ولا للبريتون لكنه يعسر ان يشك فى طبيعته الخلوية وان تنكر مشابهته للاغشية المصلية حيث توجد فيه صفاتها الطبيعية والفسيولوجية ولم يشاهد فى منسوجه اوعية لينفاوية ولا اعصاب بل ولا اوعية دموية واما ما يوجد عند فصله عن الساقط المنعكس من الخيوط الكثيرة التى تمر من احد الغشائين الى الآخر فليست اوعية وانما هى اثر الحمل البذرى

(الفصل الثالث)
(فى الامنيوس المسمى باللفايفى)

هو ابطن الاغشية للبذرة وهو املس شفاف منفصل عن الجنين بسائل يسمى ماء الامنيوس ويلتصق بالسلى التصاقا خفيفا بواسطة خيوط او صفايح مخاطية تغطى وجهها الظاهر وفى الايام الخمسة عشر الاول من الحمل لا يتصل بالجنين مباشرة الا بالطرف الجنينى لحبيل السرى ثم بعد ذلك بقليل ينعطف على ذلك الحبيل ليكون غمد اله ويلامس السطح الباطن للسلى وتبقى هذه الحالة فى الغالب حتى تتوجد ران البطن كلها اما قبل ذلك فلا يكون هناك انصال بين الامنيوس وبشرة جلد الجنين اما بعد ذلك فيحصل ذلك الاتصال كما قال بذلك القدماء بل ظن الطبيب موندينى فى زمننا هذا انه كما يتصل بالمشيمة يتصل ايضا بالصفاقات البطنية قال المؤلف واثبات ذلك عسر وقد نتج من ذلك ان الامنيوس لا يلامس الوجه الباطن للغشاء الخلى اعنى السلى فى جميع ادوار الحمل خلافا لما ظنوه عموما بل يبقيان منفصلان عن بعضهما مدة من الزمن والمسافة بينهما تكون فى الابتداء عظيمة بالنسبة لتجويف السلى وتكون اعظم من الكيس الامنيوسى نفسه فى مدة الشهر الاول وكلما عظم الامنيوس اخذت فى التناقص بحيث انها فى تمام الشهرين تساوى تقريبا المسافة الفاصلة للجنين عن الامنيوس ثم نحو الشهر الرابع او الخامس تكاد ان لا توجد بالكلية ولا يوجد فى هذا الغشاء اوعية بل من عدمها هنا اكد عدمها فى الغشاء السابق ولا خمل بخلاف السابق

(الفصل الرابع)
(فى ماء الامنيوس)

الغشاء الامنيوسى يحتوى سوى الجنين والحبل السرى على سائل يسمى ماء الامنيوس او مياه الامنيوس او السائل الامنيوسى او سائل اللفايفى ففى الابتداء تكون تلك المياه طبقة قليلة السمك ثم تأخذ كميتها فى الزيادة بسرعة الى آخر الشهر الثانى عندما يلامس الغشاء الباطن للبذرة السلى وفى الشهر

الثالث يزيد وزن السائل عن وزن الجنين اما عند الولادة فيزيد وزن الجنين عن وزن السائل الذى يسبح فيه بحيث لا يحتوى الغشاء الاعلى مقدار من رطل الى رطلين ومع ذلك ليس من الضبط ان يقال ان كمية هذا السائل تتناقص من وسط الحمل الى وقت الوضع بل المحقق خلاف ذلك وانها تزيد الى الآخر لكن بنسبة اقل مما فى ابتداء الحمل ولذلك يشاهد فيها اختلاف كثير فبدل ان تكون رطلا تكون اربعة وقد تكون عشرة ارطال وقد تكون بعض آواق وكثرتها تكون فى الغالب على سبيل التعاكس لقوة الجنين وحجمه وقوة بنية المرأة فالجنين الذى وزنه خمسة ارطال مثلا يسبح فى كمية من رطلين الى اربعة اما الذى وزنه ثمانية ارطال او تسعة فانه يسبح فى رطل من الماء

ورائحة مياه الامنيوس مغثية فيها كما قال بعض المؤلفين بعض شبه برائحة المنى وبالجملة فهى تشبه تقريبا الرائحة التى تتصاعد من بطون الحيوانات المذبوحة وهى دسمة الملمس اكثر واما من الماء النقى صافية كالمادة المصلية البسيطة او مصفرة قليلا او مخضرة واحيانا تكون لبنية او منعكسة مخلوطة بندف زلالية او سنجابية او صفر ابل مسودة ايضا * وطعمها فيه فى آن واحد عذوبة وملحية قليلة وفى بعض الاحوال يكون حريفا قابضا بحيث يكرش جلد اصابع الطبيب اذا وضعها فى المهبل او فى الرحم بعض ثوانى واما تركيبها فلم يعمل الى الآن فى مياه النساء وانما عمل فى الحيوانات فوجد فيه ماء خالص وزلال واملاح من املاح الصود والكلس وحمض فتوريك وبعضهم وجد اوكسيجينا خالصا وهواء جويا فى حالة اختلاط ثم علم بعد ذلك ان ما ظنوه هواء كان غازا مركبا من الحمض الكاربونيك والازوت

ثم اختلف الفسيولوجيون فقال معظمهم ان هذا الماء آت من الام واسس ذلك على بعض تجريبات منها انهم حقنوا اوعية الرحم بماء فاترفشاهدوا ارتشاح السائل على السطح الباطن للامنيوس ومنها انهم رأوا فى الماء رائحة الجواهر التى استعملتها الام ولونها بل وطبيعتها ومنها انهم زعموا وجود اوعية بين الرحم وغشاء الجنين وبعضهم قال انه آت من الجنين ولاسيما من الاوعية

المشيمية ويظهر ان شوسيه وبكلار وكيل قرروا رأيا ممتزجا من الرأيين ولعل ذلك منهم جمعا بين القولين * والذين نسبوه للجنين جعلوا ينبوعه تارة العرق او التنفيس الجلدى الغير المحسوس او الافراز البولى وتارة فى الغدد اى الاجسام المخصوصة بالمشيمة وتارة فى اوعية زعم رويش وهالير وغيرهما انهم شاهدوها بين صفائح الامنيوس والذين نسبوه للام قالوا انه آت من التصاعد فى باطن البذرة قال المؤلف واظن انه لا منفعة فى معارضة هذين الرأيين وانما يكفى ان نذكر انه ليس هناك اوعية بين الرحم والاغشية وان الغشاء الخلى اى السلى منفصل عن الرحم بطبقة غير آلية هو الغشاء الساقط وان الامنيوس اى اللفايفى لا يلامس الوجه الباطن من السلى مدة اكثر من شهر مع ان الكمية النسبية للسائل الامنيوسى تكون عظيمة فى الزمن الاول من الحمل بحيث يظن انها ناشئة من الجنين مباشرة فهذا كله يدل على ان ماء الامنيوس آت من التصعد او التبخير كالمادة المصلية من البليورا والتامور والبريتون والعنكبوتية او كالزلالية الآتية من الاغماد الوترية او من المفاصل وان هذا التنفيس لا يحتاج الى قنوات مخصوصة تفعله وانما هو تندية حيوية خالصة واما المادة الغروية والمنظر الكدر والندف المصفرة او المخضرة التى شاهدوها فى ذلك الماء احيانا فلا تنسب له بوجه من الوجوه وانما هى اجزاء من العرق او الطلاء الدهنى للجنين او الحوصلات التى توجد فى الابتداء بين الاغشية

ومنفعة هذه المياه هى اولا انها تعين على تحرك الجنين حركة ذاتية او قسرية فان بدونها يصير منضغطا بالرحم من جميع الجهات فيعسر نموه * وثانيا انها تفصل الاغشية عن بعضها وتمنع ملامسة اصابع الجنين لبعضها فلا يحصل بينها التصاق وتمنع ايضا التصاق الساعدين والساقين والفخذين بالصدر او البطن كما شوهد ذلك فى بعض احوال الحمل المزدوج * وثالثا انها تحفظ الجنين من المصادمات والوثبات التى تحصل للام ولا سيما الرحم فتحفظ هذا الساكن الصغير من كل ضغط وتكون له كحمام فاتر يعين على دورة السائلات فيه

وتسهل

وتسهل له الانقياد لقوانين الثقل * ورابعا انها تحفظ الاغشية متباعدة والرحم متسعة ويصير انضغاط الحبل السرى من السطح الظاهر للجنين خفيفا لطيفا * وخامسا انها تعين على اتساع العنق وقت الطلق اذا دخل جيب المياه فيه * وسادسا انها بعد انفجار الاغشية تندى اعضاء التناسل وترخيها فيكون خروج الجنين منها اسهل واقل ايلاما * وسابعها انها تصير الحركات ابسط واقل ايلاما اذا اضطر لادخال اليد فى الرحم

(القسم الثانى)
(فى الحوصلتين)

(الفصل الاول)
(فى الحوصلة السرية)

الحوصلة السرية عضو كان مجهولا عند القدماء ولهج المتأخرون بالكلام فيه فمنهم من جزم بوجوده ومنهم من نفاه ومنهم من قال انه من التغيرات المرضية ومن ذكره لم يشرحه شرحا شافيا حتى تجزم به الفسيولوجيون جزما كافيا ولقد اغرب فى شرحه عالم نمساوى يسمى مير وقال انه يوجد الى وقت الوضع وان قناته لا تصير قابلة لان يجرى فيها شئ الا بعد الاسبوع الرابع من الحمل قال المؤلف وقد تحققت من مشاهداتى انه يوجد فى النوع البشرى الى الاسبوع الثامن ومن لم يره من علماء الولادات الثلاث فذلك لكونهم بحثوا عنه بعد زواله اما بسبب التقدم الطبيعى للحمل او من تمزق الاغشية وقت الاجهاض او من آفة مرضية او من فساد الاجزاء الداخلة فى تركيب البذرة او من عدم الممارسة على مثل هذا البحث الدقيق ولقد شاهدته فى حالته الطبيعية ثلاثين مرة من بحثى فى نحو مائتى جنين قبل تمام الشهر الثالث هيئة هذه الحوصلة وتعريفها * هى كيس صغير كمثرى او كرى او قريب للكروية حجمه نحو اليوم الخامس عشر او العشرين من التلقيح يكون كبسلة اعتيادية فيكون قطره من خطين الى ثلاثة خطوط فيقرب للعقل انها تبلغ اعظم اقطارها فى الاسبوع الثالث او الرابع اما بعد شهر فتشاهد صغيرة عن ذلك فاذا رجعت

المنجم حبة كبيرة وذلك يحصل غالبا نحو الاسبوع السادس او السابع انقطع غالبا تناقصها فتنقرطح ولا تزول بعد ذلك الا ببطئ وقد تزول بالكلية فى الشهر الثالث وقد تبقى الى الرابع او الخامس او السادس

وضعها * هى موضوعة دائما بين السلى والامنيوس لا انها بين السلى والمشيمة ولا فى اصل الحبيل السرى كما زعم بعضهم وقرب اليوم الثلاثين او الاربعين تحاط بالجسم الشبكى اى الطبقة الزجاجية ثم بعد ذلك تلتصق بالوجه الظاهر للامنيوس او بالوجه الباطن السلى فتظهر حينئذ كانها محوية بين وريقات احد هذين الغشائين وهذا هو ما يشاهد غالبا قال المؤلف مع انى شاهدتها خالصة بالكلية على البذرة فى شهرين بل فى ثلاثة

والعنيق الذى يربطها بالجنين يختلف باختلاف ازمنة الحمل قال المؤلف وما وجدت طوله الاعتيادى فى نهاية الشهر الاول اقل من خطين ولا اكثر من ستة خطوط وفى هذا الدور من نموه يكون سمكه ربع خط وفى اختلاطه بالحوصلة يحصل فيه هيئة انفراش قمعى الشكل واما من جهة البطن فلا يعرض ولا يتسع ولا يضيق بكيفية محسوسة واما اتصاله بالقناة المعوية فمحقق الان فى نوع الانسان وقبل تمام تكوين البطن يظهر كانه مقسوم الى جزئين بالامنيوس الذى كانه ناخذ منه او ثاقب له احدهما يكون بين السلسلة الفقرية والنقطة التى تصير فيما بعد محلا للسرة وثانيهما يبقى من الظاهر بين الامنيوس والحوصلة وبعد الشهر الاول تستطيل هذه القناة وتستدق تدريجا وجزؤها السرى يغيب فى الحبيل ولا يمكن تتبعه للبطن وربما كان طوله الى نصف قيراط بل الى قيراط او قيراط ونصف ومتى شوهدت الحوصلة بعيدة بمسافة كبيرة عن اصل الحبيل السرى فذلك ناشئ ولابد من انقطاع عنيقها بسبب الجذب الذى تفعله الاغشية فيه طبيعة اذا بكر فى تلك الاجزاء التصاق بعضها ببعض التصاقا قويا فعلى حسب كون هذا التمزق مريعا او بطيئا او الالتصاق قويا او ضعيفا والحمل متقدما كثيرا او قليلا يكون بعد الحوصلة عن الحبيل السرى ثم الى اليوم العشرين

او الثلاثين

اوالثلاثين يبقى هذا الساق مجوفا ولابد ثم ينسد بعد ذلك فى زمن غير ثابت لكن الغالب ان يكون ذلك بعد الاسبوع الخامس ويبتدأ الانسداد من السرة آخذا نحو الحوصلة كلما كمل الحبيل * وجدران الحوصلة متينة سميكة فيها مقاومة بحيث يعسر تمزقها قال المؤلف ومارأيتها مرة اكثر هشاشة من بقية اغشية الجنين الا ان يكون الترقيق اعتراها فيما سبق بسبب مرض اصابها او حركات ميخانكية حصلت فيها * واذا كانت الحوصلة ممتلئة كانت ملسا منتظمة فان كانت فارغة كانت ذات غضون ويكون لونها مصفرا لكن قد يكون هذا اللون ناشئا من السائل المحتوية عليه

والعروق الشريانية والوريدية يشاهد بالحس توزعها فيها قال المؤلف وكما شاهدتها فى سمك جدران القناة السرية المعوية شاهدتها ايضا فى جدران الحوصلة نفسها ففى الاولى تكون شبكة جميلة يسهل تتبعها بدون تحضير مخصوص حتى بالعين وفى الثانية ترجع الى جذعين دقيقين على جانبى الحوصلة يأخذان فى الغلظ كلما قربا للبطن والاولى فى هذه الاوعية المعروفة بالسرية الماساريقية ان تسمى بالحوصلية ولا تذهب تلك العروق لجذع الوريد والشريان الماساريقيين العلويين كما زعموا وانما تذهب حسب مشاهداتى حتى تنضم مع احد فروع الرتبة الثانية او الثالثة لهذه القنوات الغليظة وسيما الفروع التى تتوزع فى الاعور وكثيرا ما تابعتها فى تجويف البطن نافذة من حلقة السرة الى اصبع او اصبعين على الحبيلى السرى فى اجنة ذات ستة اسابيع او شهرين او ثلاثة وانما فى هذه الازمنة تنتهى بان تفقد فى المنسوج الاسفنجى للساق السرى قبل ان تصل للحوصلة وقد وصلت الى حقنها مرات كثيرة فكان حجمها كشعرة غليظة فهى عموما دقيقة جدا بحيث يسهل تمزقها اذا بحث عليها بدون احتراس

ثم ان هنا ادلة كثيرة تدل على مشابهة المادة الحوصلية لمح البيض اى صفرته قال المؤلف وقد شاهدتها مرة فى حالة لا يظن حصول تغيرلها فكانت صفراء كالحة وبموجب ذلك تكون معتمة وكانت فى قوام مستحلب

فيه بعض سمك وتختلف من جميع الوجوه عن المادة المصلية وعن غيرها من المواد الآتية وتوجد بها احيانا اكثر سيولة وصفاء واحيانا اكثر اصفرارا وثخنا وفي احوال كثيرة تكون مركبة من جسم متجمد منعقد يشبه صفار البيض المشوي وذلك الجسم يسبح في وسط سائل فيه تلون فيلزم بموجب ذلك ان ثخنها وان هذا جوهر غذائي معظمه كدهن شبيه بالدهن الذي يقوم منه السائل المحي لبيض الدجاج

منفعة الحوصلة * من الواضح ان منفعتها تغذية الرسوم الاول للجنين وتظهر انها تجهز ذلك لنمو العلقة حتى يتكون الحبيل والاوعية السرية او نقول وهو الاحسن حتى تكون البذرة موضوعة على السطح الباطن للرحم فتمر المواد من اعضاء المرأة الى اعضاء الطفل فلا تكون الحوصلة اذ ذاك نافعة فالناتج من العلوق البشري يكون من زمن التلقيح الى ان تلامس البذرة السطح الباطن للرحم بدون واسطة شبيها ببيض الطيور فهو من حيث انه يكون في الابتداء غائبا كالبيضة غير متعلق بشيء من اجزاء الام يلزم ان يقبض لجسم يحمل له ما يحفظ حياته نهاية ما بينهما من الفرق ان هذا الانتظام في الجنين وقتي غير مستدام زمنا طويلا واما في البيضة فيدوم الى وقت الفقس

(الفصل الثاني)

(في الحوصلة السحقية)

تكرر اثبات وجود هذه الحوصلة في النوع البشري ونفيه مرات كثيرة في الازمنة السالفة ومعظم المؤلفين الآن على نفيها والذين شرحوها اشتبهت عليهم بجسم آخر لا ينبغي اشتباهه به والغالب ان ذلك الجسم كان هو السلى الذي استمر مدة طويلة مختلطا بالغشاء الساقط فلنذكر ما تحقق لنا وجوده مما تقوم منه هذه الحوصلة

الجسم الشبكي * في البذرة التي لها تقريبا عشرون يوما تكون المسافة الفاصلة للامنيوس عن السلى مملوءة كلها بجوهر فطري اصفر مصدي يزيد ثخنه كلما قرب لمحل اتحاد الساق السري ويظهر انه مكون من لخيطة كثيرة

وصفايح

وصفايح مهيئة بدون انتظام بحيث يتقوم من ذلك جسم شبكى وقد وجد فى بذرة لها ثلاثة اسابيع اواربعة تحت السلى حالامنسوج ابيض كالح رقيق جدا يسهل تمزقه كما يسهل تمزق الشبكية وكان مملوءا بجوهر كمستحلب اوكقشطة ابيض مصفر كانه محبب من طبيعة واحدة ووجهه الباطن فيه خيوط وصفايح وزوائد كثيرة تتصالب من جميع الجهات كما يحصل ذلك فى الطحال والخصيتين والاجسام المجوفة والغشاء الزجاجى وهذه الخيوط بمرورها فى المادة البيضاء السائلة سيولة خفيفة تلتحق بصفايح ثانوية تلامس بدون واسطة جميع سطح الامنيوس والحوصلة السرية وعنقيهما وقد عزلت اهداب من هذا الكيس وغمرت بالماء وغسلت فكان منظرها شفافا شفوفة تامة وكانت ارق من الامنيوس

وبالاختصار هذا العضو الجديد كيس مزدوج الوريقات منطبق على تجويف السلى وداخل فى الحوصلة السرية والامنيوس كهيئة الاغشية المصلية وباطنه مكون من شبكة حقيقية متسعة الحلقات وغير متساوية يسكن فيها السائل المستحلبى وهاتان الوريقتان متباعدتان فى جزء عن بعضهما باكثر من ثلاثة خطوط ويأخذان فى القرب شيأ فشيأ متجهتين نحو اصل الحبيل السرى قال المؤلف ويظهر انهما قرب البطن يختلطان ببعضهما غيران دقتهما منعتنى عن ان احقق العضو الذى يتصلان به من الاعضاء البطنية

المادة الزجاجية * يوجد بين السلى والامنيوس من الاسبوع الخامس من العلوق الى آخر الحمل طبقة شفافة لا لون لها اوصفراء مخضرة قليلا وليست مصلية بسيطة وانما هى صفيحية على هيئة الجسم الزجاجى ويتناقص سمكها كلما زاد نمو غيرها من الاغشية وكمية السائل المحتوية عليه صفايحها بالعكس اى تكون على طريق التعاكس لتقدم الحمل واذا استرقت انتهى حالها بان تكون طبقة لابية من طبيعة واحدة وبان تتحول الى طلاء هلامى اومخاطى يزول بنفسه بالكلية فى كثير من النساء قبل زمن الولادة وكثير من هذه الصفايح يختلط بالامنيوس خصوصا قرب اصل الحبيل السرى

ومثل ذلك يحصل ايضا بالنسبة للسلى لكن على سبيل الندرة وبذلك يتضح لك ما يشاهد من ان الحوصلة السرية المشاهدة بعد الاسبوع من ظهورها تكون فى الغالب كانها موضوعة فى دائرة من وريقات الامنيوس او السلى وهذه المادة تشغل محل الجسم الشبكى وتتصل كهذا الجسم بالجوهر الهلامى للحبيل السرى لكن هل ليست من تعلقات الكيس ذى المسام الذى سبق ذكره اعنى الجسم الشبكى اوليست الا تنوعا فيه والثانى اقل ما يكون انه قريب للعقل

ثم قال المؤلف وقد شاهدت فى ذوات الثدى ان الاوركوس بعد ان يمر فى الحبيل السرى ينبسط على هيئة منسوج ناعم ذى مسام كانه غربالى وينتهى بان ينضم انضماما قويا بالوجه المحاذى له من الاغشية الموضوع هو بينها وفى هذا الغشاء يشاهد فى ازمنة اخرى كرات من مادة دسمة منعقدة مشابهة للسائل المخاطى الذى يسيل من فرج الخيل عند الاحتراق الشهوانى ولما كانت المثانة منفتحة فى باطنه كانت المثانة ولا بد جزأ من الحوصلة السجقية فاذن يوجد بين الكيس المسمى بالحوصلة السجقية فى ذوات الثدى والجسم الشبكى الذى كشفته فى النوع البشرى مناسبات عديدة

منفعة الحوصلة * قالوا انها معدة لان تحتوى على بول الجنين واستدلوا على اتصالها بالمثانة فى البهائم وعلى الطعم الملحى للسائل الذى يوجد فيها وعلى رائحة البول المنتشرة من هذا السائل قال المؤلف واظن ان هذه الادلة لا تقوى هذا الرأى حتى فى الحيوانات التى تلد اولادا احيانا فان الرائحة البولية صفة برهية لا يتعلق بها عظيم اهتمام وكذا الطعم المالح فانه يوجد ايضا فى ماء الامنيوس فالجسم الشبكى فى الانسان سواء قلنا انه هو الحوصلة او عضو مخالف لها وسواء كان متصلا بالمثانة بواسطة قناة او غير متعلق بها رأسا لا يصح ان يظن تشبيهه بالسائل البولى وانما وظائفه على رأيى كالحوصلة السرية هى تغذية البذرة فى الايام الاول وهل يخدم لنمو بعض اعضاء على الخصوص او بعض اجهزة مخصوصة ليس عندنا الآن ما يحقق شيأ من ذلك

فالتنظر مشاهدات جديدة توضح ماذكر وانما يكفي ان ننبه هنا على انى وجدت الوجه الباطن للاهداب التى كنت قلبتها للبحث فيها مغطى بطبقة ملتصقة من مادة قشطية محوية فى باطنه واذا بحث فيه بالمكرسكوب وجد له منظر خلى فعلى مقتضى تلك الخاصة المزدوجة يقرب للعقل ان مادة الجسم الشبكى منفرزة من جدرانه المخصوصة واقول ايضا ان هذه المادة تحفظ منظرها الندفى وهيئة الزيت المستحلب وصفات الجوهر المغذى حتى تتثبت البذرة فى الرحم وبعد ذلك تزول بسرعة ويخلفها فى محلها الطبقة الزلالية التى تبقى زمنا طويلا

(الفصل الثالث)
(فى الحبيل السرى والمشيمة)

(المبحث الاول)
(فى الحبيل السرى)

الحبيل السرى ساق يحصل به ارتباط بين بطن الجنين واغشية البذرة من ابتداء الحمل الى نهايته

اقطاره * الغالب ان طوله لايختلف وقد يزيد قليلا زمن الولادة عن طول الجنين اعنى من خمسة عشر قيراطا الى عشرين وشوهد ما طوله اربعون قيراطا وثمانية واربعون واربعة اقدام وخمسة وستة وشوهد ايضا قصره بحيث كانت المشيمة ملامسة للجنين ونزلت معه وشوهد طوله فيما فوق ذلك الى الطول الاعتيادى غيران هذا القصر الزائد والطول الزائد نادر ان قال هنتان واذا كان الحبيل صغيرا كان مشدودا طول مدة الحمل وذلك ربما سبب تمزق العروق السرية وانفصال المشيمة وربما سبب هذا العيب عند الولادة انقلاب الرحم اذا كان التصاق المشيمة قويا واذا كان الحبيل طويلا جاز ان تتكون منه لفات حول العنق تضيق احيانا فتخنق الجنين وسنرجع لذلك فيما بعد * واما غلظه فتارة يكون غليظا وتارة يكون دقيقا والعادة ان يكون فى غلظ الخنصر وشوهد ما كان غلظه كالذراع غيران ذلك ناشئ من كون منسوجه الاسفنجى

محتقنا بالسائلات * واما دقته فمن جفافه وقد ينشأ ذلك ايضا من اختلاف سمك اوعيته او انعقادها * واما تعقده فهو وان كان املس مصقولا كالا سطحة المصلية الا انه فى النوع البشرى يكون متعقدا تارة بعقد حقيقية بسيطة او مركبة وتارة وهو الغالب تكون ثنيات اوعرى وعائية شريانية اووريدية وتنشأ من حركات الجنين وتحصل بكيفية حصول العرى السرية التى توجد احيانا حول الرقبة او الاطراف اوغير ذلك من اجزاء الجنين وقت الوضع والغالب انه لا يحصل منها تكدر فى الدورة حتى قال بعضهم ان ثلاث عقد فى حبيل لا تمنع نفوذ مادة الحقن للمشيمة ولكن شوهد ان عقدة واحدة صلبة تسبب عنها انسدادا لاوعية وموت الجنين * واما الثانية المعروفة فى جميع الازمنة وهى العرى فحصولها من الاوردة اكثر من حصولها من الشرايين على رأى هرفيه وبالعكس على حسب بحث المؤلف وغيره قال ديونس فاذا حصلت من ثنيات وعاء او اكثر من تلك الاوعية كالعقد الدوالية فى اجزاء اخر من الجسم افادت الحبيل قوة عظيمة وكانها تخدم بمثابة التقاطع الوترى الذى فى العضلات المستقيمة البطنية ويمكن ان توجد منها واحدة او اكثر فى حبيل واحد وزعم بعض القدماء ان من عدد هذه العقد وبعدها او قربها بعضها ولونها يمكن ان يعرف عدد ونوع الاجنة التى تأتى بعد والمسافة التى تفصل بينها لكن هذا غير ثابت مع ان العامة لم تزل تعتقده وهذه العقد وان لم يحصل منها غالبا تكدر فى دورة الدم السرية المشيمية الا انها اذا كانت كثيرة منحصرة وكانت على زوايا حادة جدا فانها تتعب الدورة

محل الاندغام * المحل من البطن المندغم فيه الحبيل السرى يكون ابعد عن الصدر واقرب الى العانة كلما كان الحمل اقل تقدما وعند الولادة يكون غالبا على رأى شوسييه وغيره فى وسط المسافة التى بين قمة الرأس واخمص القدم والعادة ان ينتهى الحبيل فى مركز المشيمة نعم شوهد احيانا تثبته قرب دائرتها ففى الحالة الاولى تتفرع الفروع المكونة له لتنفرش على غلاف البذرة وفى الحالة الثانية لا يندر مشاهدة زحفها بين الاغشية زمنا طويلا قبل

ان تنتهي في الجسم الخاصر للمشيمة وهو وان كان متساوي الحجم في جميع طوله احيانا الا انه قد يكون ادق في اصله منه قرب البطن وقد يكون العكس

نموه * ذكر القدماء ان ابتداء تميز الحبيل السري يكون بعد الشهر الاول من الحبل واسسوا ذلك على مشابهات كاذبة ومشاهدات غير صحيحة قال المؤلف ولقد شاهدت الحبيل في اجنة سنهم اقل من ذلك كاثني عشر يوما وخمسة عشر ونحو ذلك ورأيت ابعاده فيهم من ثلاثة خطوط الى اربعة وبالضرورة كان موجودا فيهم قبل ذلك فعلى مقتضى الامور الواقعية والمشاهدات الصحيحة يمكن ان نضع لذلك قاعدة عامة وهي ان طول الحبيل في جميع ازمنة نمو البذرة يكون طول الجنين او اطول منه بقليل

تحدبات فيه * الحبيل الى نهاية الاسبوع الثالث يكون دقيقا اسطوانيا ثم بعد ذلك بيسير اي من الاسبوع الرابع الى السابع او الثامن بل الى التاسع يكتسب نموا عظيما نسبيا ويوجد فيه اذ ذاك تحدبات او حوصلات او انتفاخات لم يذكرها احد الى الآن غير المؤلف وعددها اثنان او ثلاثة او اربعة وتنفصل عن بعضها باعناق او مضيقات وفي مدة الشهر الثالث تفقد عظم حجمها بهبوطها ثم تأخذ في زيادة الحجم بنسبة بقية اجزاء الجنين الى آخر الحمل

وتركيب الحبيل السري لا يكون في جميع الازمنة على حد سوا ففي الابتداء يكون اسطوانة صغيرة صلبة لم تزل غير محاطة بغمد من الامنيوس وفي الاسبوع الخامس يحتوي على قناة الحوصلة السرية والاوعية الحوصلية وجزء من رباط المثانة المسمى اوركوس او الحوصلة السجقية والامعاء ثم لم تلبث تلك الاجزاء قليلا حتى تحاط بالغمد الامنيوسي وقرب تمام الشهر الثاني ينسد الاوركوس والقناة الحوصلية واوعيتها بحيث لا يكون الساق السري في تمام الشهر الثالث كالتاسع مكونا الا من شريانين ووريد واحد ومن المادة الدبقية للحكيم فارتون اي المنسوج الاسفنجي للطبيب روهول ومن الغمد الامنيوسي وذكر بعضهم في الحبيل السري اوعية لينفاوية ويعسر تحقيق ذلك وظن شوسيه وغيره وجدان اعصاب فيه لكن لعل القائلين بذلك اشتبه عليهم الحال

بشئ من الاوركوس او الاوعية او القناة الحوصلية فان المؤلف مع غاية البحث لم ينكشف له شئ من ذلك سيما ومن المعلوم انه لا يوجد فى الحبيل حساسية اصلا ثم ان الغالب كما قلنا وجود وريد واحد فى النوع البشرى لكن هناك امثلة وجد فيها اثنان كما يوجد ذلك فى ذوات الثدى وقد لا يوجد الا شريان واحد لا شريانان كما هو الغالب وهذه الاوعية لا تشاهد الا فى الخمسة عشر الاول من الشهر الثانى ولا تلتف حلزونيا الا بعد زوال منتفخات الحبيل اعنى من الاسبوع السابع الى الثامن وهذا الالتفاف ينشأ من الدوران الذى يفعله الجنين فى باطن الامنيوس ويحصل من اليسار الى اليمين فى عشر مرات من ثنتى عشرة على حسب بحث مكيل والمؤلف وقد يلتف الحبيل قرب المشيمة لجهة وقرب بطن الجنين لجهة مضادة للاولى وقد لا يوجد اللف الحلزونى اصلا والغالب ان يتكون منه حبل حقيقى ولذلك سمى به وتارة تلتف الاوعية الثلاثة على محور فرضى وتارة يلتف الوريد على الشريانين ولكن الغالب العكس اى التفاف الشريانين على الوريد وشوهد التفاف الوريد مع شريان على الشريان الآخر هذا وليس بصحيح ما زعمه بعض المشرحين من وجود صمامات فى الوريد السرى فان المؤلف بالتشريح المفعول مع غاية الاتقان لم يحقق ذلك واقطار الوريد السرى مزدوج اقطار كل شريان * والغمد العام الذى يحيط بها يبقى شفافا الى نحو نهاية الشهر الثانى ويمكن فى هذا الدور مشاهدة الاوعية منه بسهولة ثم يأخذ فى العتامة شيأ فشيأ كلما تقدم الحمل وقد ذكرنا ان هذا الغمد لا يوجد فى الابتداء وانما يبتدأ تكونه تدريجا بين الشهر الاول ونهاية الثانى سائرا من الجنين نحو اصل الحبيل واما الامنيوس الذى كأنه فى الابتداء مثقوب لينفذ منه فى البطن عنيق الجيب البذرى فينعكس ثانيا على الساق السرى كلما كبرت البذرة بحيث لا يتكون من ذلك غمد تام لاوعية الحبيل الا وقت ملامسة غشائى الجنين لبعضهما

وهذه الاوعية لا تتباعد عن بعضها ولا تنقسم غالبا الا اذا وصلت للمشيمة وقد شوهد ذلك قبل وصولها اليها ايضا فانكار ذلك غلط ويمكن ان تعزل

بعيدا بقيراط اواثنين اواربعة عن الوجه الباطن للسلى بل قرب بطن الجنين ايضا فتقسيمها الاولى حينئذ يكون على هيئة الاشعة الباطنة للمظلة الشمسية ولا تسقط تلك التقاسيم الاعلى محال من المشيمة قريبة من دائرتها وهذه الهيئة شوهدت كثيرا المؤلف وغيره ولعل المشاهدات التى شوهد فيها اكثر من حبيل واحد لجنين واحد من هذا القبيل والا فالازدواج الحقيق للحبيل لم يشاهد اصلا ثم ان هذه المشاهدات تثبت ان الحبيل قد يتثبت فى غير البطن كالصدر والعنق والاطراف والجمجمة غيران تلك المشاهدات غيراكيدة وقابلة للبحث اذ يمكن ان يكون الحبيل الغير الطبيعى المثبت على الجمجمة منسوبا لجنين ثان تثبت تثبتا عارضيا وان الحبيل الاعتيادى غير موجود اصلا وان اصل الحبيل الجمجمى لم يتخذ فيما وراء الغشاء المحلل اعنى الجلد وقد شاهد المؤلف مثالا من هذا القبيل فى جنين مشوه التكوين ولد فى سبعة اشهر وكان يظهر ببادى الرأى ان حبيله السرى مكون من اربع حبيلات اثنان ذاهبان من البطن واثنان من الصدر والحال انه حبيل اعتيادى منثن على نفسه مرات كثيرة وحصل فى زوايا الثنيات التصاق باغشية البذرة وبجلد الجنين

(المبحث الثانى)
(فى المشيمة)

(المطلب الاول)
(فى هيئتها)

المشيمة هى جزء البذرة الذى يلامس اعضاء الام مباشرة وتتصل دائرتها وجزء من سطحها الرحمى بالغشاء الساقط المنعطف ولا توجد الا فى الحيوانات ذوات الثدى وتكون فيها باشكال مختلفة ففى الكلاب تكون منطقة تامة تحيط بجميع السلى ومشيمة الحيوانات المجترة متضاعفة نظرية المنظر غير مستوية وذات عنيق وفى الحيوانات القراضة تكون كتلة مستديرة مكونة من صفيحتين غير متماثلتين وفى الخيل تكون مجرد طبقة محمرة محببة تغطى جميع سعة السلى وفى البشر تكون جسما رخوا اسفنجيا مسطحة

مستديرة او بيضاوية او كلوية وعرضها عادة من ستة قراريط الى ثمانية وقد يكون اقل او اكثر فقد شوهد كونها اثنى عشر قيراطا من جهة وتسعة او عشرة من جهة اخرى وشوهد منها ما كان عرضه خمسة عشر قيراطا وسمكها مختلف ايضا وغير مستو فى اجزائها والغالب ان يكون من قيراط الى قيراط ونصف فى المركز ويأخذ فى التناقص الى الدائرة حتى تكون هذه بعض خطوط وربما كانت اجزاء منها اغلظ مما فى المركز فاذا كانت واسعة اخذ سمكها فى النقص تدريجا بنسبة تلك السعة بحيث شوهد كونه خطين او ثلاثة وشاهد المؤلف نظير ذلك فى مشيمة كان قطرها العظيم ستة عشر قيراطا

ووجهها الباطن ملتفت للجنين ومغطى بالسلى ملتصقا به وبالامنيوس الذى يمكن رفعه عنه بالجذب فقط واوعية الحبل بانفراشها يتكون منها عليه شبكة جميلة متشععة * ووجهها الظاهر او الوحشى اذا شوهد على الرحم وعلى البذرة كانها يرى ذا مسام وكانه اسفنجى لكن غير منتظم ولا يشاهد فيه شق عميق ولا فوهة جيب وانما يوجد فيه بعض مرتفعات قليلة والغشاء الساقط لا يغشيه وانما يغطيه غلالة رقيقة تضم فصوصه المختلفة بعضها اما بعد خروجه من الرحم فان هذا الوجه يوجد غير مستو ويشاهد فيه فصوص مختلفة الحجم منفصلة عن بعضها بشقوق يختلف وضوحها وذلك لان الرحم لاجل فصل المشيمة وقذفها تلفها على نفسها فتمزق الوريقة الرقيقة الغير الآلية التى تستر خلل هذه الفصوص قال المؤلف وقد شاهدتها تسع مرات فى محلها فلم يتيسر لى فيها كشف الجيوب ولا الفتحات التى زعم المؤلفون وجودها وسموها بذلك ودائرة المشيمة فى الشهر الرابع كما فى نهاية الحمل تتصل بالوريقة المزدوجة التى من الغشاء الساقط بدون ان يكون بينهما حد قاطع وهذا هو الذى حمل على ظن ان المشيمة جزء من الغشاء الساقط حصلت فيه سموكة وحيث قلنا انها تنمو بين صفيحتى الغشاء الساقط علم انها لا تنعطف على نفسها كانعطاف هذا الغشاء وليست جزءا من الساقط ولا من السلى

(المطلب الثانى)
(فى تركيبها)

ذكر بعض القدماء ان المشيمة مكونة من طبقتين احداهما رحمية او امية منسوبة للام والاخرى غشائية او جنينية وقال بذلك ايضا كثير من المتاخرين ومنهم مكيل حتى انه قال ايضا ان الرحمية امتن من الجنينية وهذا غلط فى النوع البشرى اذ يكفى لتحقيق ان ذلك غير موجود ولا يمكن ان يوجد ان يتأمل فى الوجه ذى السام من مشيمة فيتحقق حالا ان سطحها الرحمى لم يكن ملتصقا بالرحم وانما هو املس مستور بغشاء صفيحى رقيق ذكره ايضا من قال انها مكونة من طبقتين مشيميتين * وهذا الغشاء الرقيق المغطى للوجه الاسفنجى من المشيمة يظهر انه الى الآن لم يعرف جيدا فانه لا يوجد له اثر الى الاسبوع السادس تقريبا حتى اذا وجد الحمل كله على السلى ابتدا ظهوره ليغطى فوهاته ثم يتصل ويختلط بدائرة انضمام الوريقة المزدوجة من السلى وهو لا يحتوى يقينا على عروق واما ما زعمه بعض المشرحين من وجود جيوب فى دائرة المشيمة فغلط مؤسس على مشاهدات كاذبة ثم ان هذه الوريقة الرحمية المشيمية تسير كعنكبوتية المخ ففى محاذاة النتوات والحدبات يكون التصاقها متينا اما فى محاذاة التقاعير فيمكن عزلها على شكل صفائح رقيقة شفافة وهى مثلها ايضا فى كونها تبقى على السطح ولا تنفذ فى النسيج الخاص للمشيمة وطبيعتها كطبيعة الغلالات الرقيقة التى تحيط بعظم التجمدات الليفية بعد تكونها حالا فليست منسوجا واذا وضعت فى الماء فسدت وذابت فى بعض ايام بسهولة كسهولة ذوبان غيرها من التجمدات الغشائية

ويحيط بالجذوع الوعائية طبقة رسوب اسمك من السابقة وهذه كانت سببا لظن ان عروق المشيمة تتفرع حتى فى سمك الغشاء الساقط وان السلى مركب من وريقات كثيرة وان الغشاء الساقط يرسل صفيحة للوجه الوحشى واخرى للوجه الجنينى من المشيمة وان الغلالة الرقيقة من المشيمة تنثنى فيما بين جميع الليساف فصوصها وفصيصاتها * والصفائح المركبة هى منها الناتجة من رشح الرحم والسلى واوعيته الحلمية لها بالنظر لذلك مشابهة بالغشاء الساقط لكنها تختلف عنه فى كونها لا تتضح الا بعد وصول البذرة للرحم وفى ان فيها البنا

عظيما وبعض مرونة واما الاخر فهى جافة صلبة وتتكسر بسهولة عظيمة كسهولة انكسار الزجاج

واما الاجسام الغددية التى نسب ملبيجى وغيره لها وظائف مهمة فى المشيمة فلا اصل لها ولعل هؤلاء المشرحين التبس عليهم ذلك بالتحببات الاصلية الطبيعية للسلى واتفق المعظم الآن بل الكل على عدم وجود اوعية لينفاوية فى المشيمة وان ادعى دولاموت انه شاهدها ومثل ذلك ايضا الاعصاب وان ادعى شوسييه وغيره مشاهدتها واما الطبيب لوط فظن وجود اخيطة لينفاوية كثيرة العدد من نوع مخصوص تأتى من المشيمة الى الرحم وظن كاروس ان هذه الاخيطة اعصاب قال المؤلف نعم اذا فصلت البذرة من الرحم مع غاية الاحتراس تشاهد خيوط كثيرة لا حصر لها مبيضة يسهل جدا قطعها لكن من المحقق ايضا انه يشاهد خيوط مثل ذلك اذا فصل الغشاء الساقط من الاسطحة التى يغشيها وكذلك الامنيوس اى اللفائفى والسلى وغيرهما فهذه مجرد مواد هلامية او مخاطية وليست وعائية من اى نوع كان من الاوعية ولا اعصابا بل ولا خيوطا خلوية واما الحقن الذى فعله الطبيب فومان ونفذ زيبقه بسهولة للمشيمة وجميع اغشية البذرة فانما كان فى غير الاوعية اللينفاوية لان رأى هذا المؤلف ان جميع ما سموه بالمنسوج الخلوى او القرنية الشفافة والملتحمة والغشاء الباطن للاوعية والاغشية المصلية ونحو ذلك انما هى تشبك واختلاط من الاوعية اللينفاوية

واما العروق الدموية فهى الاصل الرئيس للمشيمة وهى اتفرّاش اى تفرع من عروق الحبيل السرى فلا تظهر كعروق الحبيل الا بعد الاسبوع الثالث وتنمو بتشربها المواد من الباطن وعلى التدريج وقبل هذا الزمن لا يوجد فى خمل السلى شئ منها ويمكن ان يشبه ذلك الخمل اذ ذاك بشعور اصل النباتات فيمتص ويتشرب السائلات مما يحيط به كما يفعل ذلك النبات ثم تتكون القنوات الوعائية فيما بعد كما فى المنسوجات الجديدة فتتكون اولا دقيقة جدا تتخذ محلها فى مركز الخمل او فى طوله لكن لا تجتاز جميع الطول بل ولا بعد زمن

طويل

طويل من نموها كما ثبت ذلك من حقن المؤلف لها في الشهر الرابع من الحمل فوجدت مادة الحقن في مسافة بعيدة عن طرف التفرعات الخملية فالظاهر ان الجزء الذى لم يرفيه الحقن خال من القناة المركزية وانماهو من طبيعة اسفنجية فلا يمتص غذاءه الا بواسطة التشرب واما الخيوط المبيضة التى تشاهد في المشيمة حتى بعد الولادة وتكون منبثة في السلى فليست اوعية منسدة كما زعموا وانما هى شبيهة بالخيوط التى تضم الساقط المنعطف بالغشاء الخملى اى السلى * وهل الفروع الشعرية الوريدية تظهر قبل الفروع الشعرية الشريانية قال المؤلف ويظهر لى انهما يوجدان معا لان الدم اذا جاء في احداهما يلزم ان يرجع في الاخرى فلا وجه لدعوى وجود احدهما قبل الاخرى * وكل حزمة وعائية فصلت من الوجه الظاهر للسلى توجد مكونة من وريد وشريان ملتفين ببعضهما لفا حلزونيا ثم يوجد الجذع منقسما الى فرعين من كل نوع وكل فرع الى فريعين والفريع الى تفريعين صغيرين وهكذا لا الى نهاية وكلها تضغط على بعضها وتنضم بواسطة طبقة غلالية وهذه الاقسام والتقاسيم يتكون منها فصوص المشيمة وهذه الفصوص في الحيوانات المجترة ولا سيما البقر تتباعد عن بعضها فيتكون منها مشيمات بعددها وجميع اوعية فص تتصل ببعضها غير ان الغالب انها لا تتصل بفروع الفص المجاور لها كما ثبت ذلك من تجريبات المؤلف وغيره فاذا تباعد بعض من هذه الفصوص عن غيره بحيث كان بينه وبين القرص المشيمى مسافة ما تولد من ذلك مشيمة صغيرة مخصوصة وذلك هو الذى حملهم على ظن وجود مشيمتين لجنين واحد * ثم كل فص مشيمى يلتصق بالفصوص المحيطة به والتصاقها يحصل في الشهر الرابع وقد يذهب الالتصاق عند نهاية الحمل بسهولة فاذا كان هذا تركيبها كانت تلك الفصوص هى النسيج الخاص للمشيمة ويكون ذلك النسيج كله مكونا من عروق وعائية وخيوط صلبة وحبوب ومادة غلالية تضم الجميع لانه مكون من لحمة خلوية مشابهة للحمة الاعضاء الاخر وبعضهم زعم مرور اوعية شريانية ووريدية من الرحم للمشيمة وادعى اثبات

ذلك بالحقن قال المؤلف وطالما بحثت على تلك الاوعية الرحمية المشيمية فلم يتيسر لى مشاهدتها وعلى فرض وجودها احيانا فاقله ان الغالب عدم وجودها فكلما بحثت البذرة فى الرحم بعد الشهر الثالث اجد سطحها كسطح الرحم ايضا املس فى جميع سعته ولم ار وعاء يضم هذين السطحين ببعضهما فما المانع من كون المشاهدين التبس عليهم ذلك بحالة غير اعتيادية او حالة مرضية او منظر كاذب قال المؤلف وعلينا ان ننتظر مشاهدات جديدة تحقق ذلك

(المطلب الثالث)

(فى نمو المشيمة)

قيل ان البذرة اذا وصلت للرحم ارتفع على سطحها خمل متفرع ينفذ من الغشاء الساقط ليجعل اتصالا بينها وبين الرحم فتتكون المشيمة حينئذ وهذا الخمل يكون فى الابتداء منتشرا بانتظام على سطح البذرة ثم لم يلبث قليلا حتى يتجمع ويتراكم فى محل ما من ذلك السطح ويصير غير ذلك المحل املس شفافا فلا تتميز المشيمة الا من بعد الشهر الثانى فحينئذ تغطى ثلثى البذرة او اقله نصفها واتساعها النسبى يكون اصغر كلما تقدم الحمل قال المؤلف هذا ما قيل واما ما ثبت من المشاهدة الصحيحة فهو ما سيذكر وذلك ان الحوصلة الخملية بعد انزلاقها من الوجه الباطن للرحم والغشاء الساقط وتثبتها فى العضو الذى يلزم ان يحتوى عليها الى وقت الولادة تلامسه باحد نصفيها واما النصف الآخر فيستند على الغشاء الساقط وحينئذ فيبقى قرص من البذرة لم ينفصل عن الاسطحة الحية الا بطبقة خلاخلية وهذا القرص هو المشيمة ولا تأخذ النطفة المواد الرئيسة لتغذيتها الا من ذلك المحل فبمقتضى ذلك تكون النطفة شبيهة بنبات المحوى فى اناء لم يتصل بالارض الا بفتحة مستديرة فاذن تتولد المشيمة عند وصول البذرة للرحم لا بعد شهرين من الحمل كما زعموا واقطارها تقرب من اقطار الجنين من الابتداء الى نهاية ظهورها فلا يصح ان يقال انها فى مدة شهرين تغطى اكثر من نصف البذرة وفيما بعد لا تشغل الا الثلث والربع او غير

ذلك وعندى ظن قوى انها تنمو بنسبة المحل الملامسة له من الرحم بحيث ان اتساعها عند الولادة يكون كاقطار جزء الرحم او جزء البذرة الغير المغطى بالساقط فى ابتداء الحمل

(المطلب الرابع)
(فى اندغامها)

من المعلوم جيدا ان المشيمة ترتبط فى الغالب بقعر الرحم امامن الامام او من الخلف او على الجانب واحيانا على العنق غير انه الى الآن لم يبحث عن سبب ذلك الامر الخارج عن العادة الا نادرا فان قالوا انها تثبت فى المحل الاكثر عروقا من الرحم فلنا هذه دعوى خالية عن الدليل لاننا اذا وافقناهم على ان البذرة تكون فى الابتداء مختفية كلها فى مركز الساقط كما زعم ذلك كثير من المؤلفين فمن الذى سمع ان الرحم يكون جزء منه مهيئا للعمل اكثر من غيره من الاجزاء حتى يقبل ذلك وحيث ثبت بالمشاهدة ان هذا المحل يغطى فى الابتداء جميع الحوصلة لانه يظهر فى جزء منها فلاى شئ لا تشغل المشيمة جميع سطح البذرة بكيفية متساوية بدل ان تغطى خمسها فقط

وبعضهم زعم ان اندغامها ناشئ من الثقل الخاص للبذرة الملقحة فبموجب ذلك يكون من الهيئة التى تكون عليها المرأة بعد التلقيح حالا وهذا مردود بشيئين احدهما ان البذرة الذى احيث لا تترك البوق الا بعد ثمانية ايام فهيئة جلوس المرأة على اى حالة كانت لا تأثير لها * وثانيهما انه مهما كان الزمن اللازم لمجيء البذرة من المبيض الى الرحم فالغالب ان تكون المرأة واقفة وقت وصول البذرة للرحم فان ذلك هو اغلب الهيئات فبدل ان يكون الاندغام فى العنق نادرا يكون بمقتضى ذلك غالبا والامر بخلاف ذلك

قال المؤلف واظن انى وقفت على توضيح اقوى واظهر لهذه الظاهرة وذلك ان البذرة بنزولها فى الرحم تجد كيسها التى تسكن فيه من الغشاء الساقط ولا تبعد عنه بدون ان تنفصل معها فاذا كان التصاق هذا الكيس متساويا فى جميع سعته بقيت البذرة على اتجاهها الاول فتنزلق نحو قعر الرحم او تقف

فى خروجها من البوق فحينئذ تثبت المشيمة على احدى الزوايا الرحمية فان كان التصاق الكيس من الاعلى اقوى من الاسفل جاز ان البذرة تنزل كثيرا اوقليلا الى قرب العنق فاذا كان اقوى من الامام اتجهت الى الخلف وهكذا وقوى هذا الرأى بالمشاهدات

وكيفية انضمام المشيمة بالرحم اشتغل بها كثير من الفسيولوجيين فظن هنتير وبودلوك وغيرهما ان الاوعية الغليظة الوريدية للرحم تبقى على سيرها بدون انقطاع حتى تتصل باوعية المشيمة وظن كثير من المتأخرين ومنهم واروتون وريديران الجزء من الرحم الملامس للبذرة فى ابتداء الحمل يصير فطريا وهذه الفطرية تقوم منها المشيمة الرحمية فتختلط وتنضم مع فطرية السلى ويحصل من ذلك التصاق خاص يلزم ان الرحم تمزقه لاجل طرد المشيمة * وقال استين واسترولك ان فصوص المشيمة تلتصق بالرحم كالتصاق شمع اسبانيا بالورق وتفاريع عروقها تنغرس فى الاوعية الغليظة للرحم كما تنغرس جذور نبات فى الارض وقيل ان التصاق المشيمة بالرحم كالتصاق شحم خوخة بنواتها وقيل كمسك العلق بالجلد وقيل كتطعيم الشجر فيحصل بواسطة منسوج خلوى عارض واوعية مخصوصة وغير ذلك * قال المؤلف وما قلناه فى تأليف الوجه الوحشى للمشيمة يدل على عدم صحة هذه الآراء فان الغشاء الذى يغشى ويضم فصوص المشيمة ببعضها يظهر انه هو الذى يوجد بين المشيمة والرحم وزيادة على ذلك اننا ذكرنا ان التصاق البذرة متحد فى جميع سعتها ويمكن ازالته بيد المشرط بدون تعسر وبدون ان يتمزق شئ سوى الغلالة المخاطية المشابهة لما يوجد بين الامنيوس اى اللفائفى والسلى او بين الغشاء الذى يتولد فى الداء المسمى كروب والاجزاء المتولدة فيها واما غلط المؤلفين فى ذلك فانما جاء من ندرة مشاهدة البذرة فى الرحم ومن كونهم شاهدوا فى اللاتى متن بعد الولادة بيسير ان السطح الباطن للرحم بقى جزؤه الذى كانت عليه المشيمة منتفخا كانه فطرى

وقد يتفق ان المشيمة تلتصق بجملة اجزاء من الجنين فقد شوهد اختلاطها

بقبوة الجمجمة بحيث فقدت عظامها المسطحة وبالوجه ومقدم الجمجمة وبالبطن غيران الغالب ان يكون ذلك مصاحبا للتشوه فى الخلقة

(الباب الثانى)

(حالة توابع الجنين فى الحمل المضاعف)

اذا وصل للرحم من كل بوق بذرة او تنبت بذرتان فيها مع وجود مسافة بينهما كان لكل منهما مشيمة مخصوصة وسلى وامنيوس بل وفوق السلى متميزة عن بعضها الى مدة من الحمل فاذا التصق البذرتان ببعضهما قبل ان يخرجا من البوق او بقيا قريبتين من بعضهما فى الرحم جاز ان يغطيهما معا وريقة واحدة من الساقط ويختلط خملهما وسلاهما وحينئذ فالحاجز الذى ينتج من استنادهما على بعضهما قد يتمزق فيوجدان عند الولادة فى غشاء واحد كما شوهد ذلك كثيرا وان كان نادرا وعندما تكون المشيمة مزدوجة لا يتيسر دائما تتبع السلى والامنيوس الى الحاجز المتوسط حيث يختلط هذان الغشاءان ببعضهما اختلاطا قويا وقد رأيت فى بذرة مزدوجة ذات ثلاثة اشهر لكل واحدة سلى وامنيوس ومشيمة بل ونفاطة سرية مع ان البذرتين استندتا على بعضهما حتى تكون بينهما حاجز متوسط وقد يوجد واحد من تلك التوابع لجملة اجنة والمشاهدات فى ذلك كثيرة

وقد تتميز البذرتان عن بعضهما تميزا تاما فى الحمل المضاعف وكثيرا ما تخرج احداهما وقت الطلق بدون الاخرى ولكن الغالب ان يلتصقا او يكونا كانهما مشتركان فى بعض محال من المشيمة او من الاغشية وان كان لكل منهما تجويف مخصوص

واوعية المشيمتين لا تختلط ببعضها كما لا يحصل ذلك فى اوعية فصوص مشيمة واحدة وقد يحصل خلاف ذلك احيانا فيكون هذا الاتصال بفروع غليظة على الوجه الجنينى غالبا لا فى سمك المشيمة ولا فى زوجيها الرحمى

والحبل السرى يكون عدده بعدد الاجنة غالبا وقد شوهد ان حبلا سريا كان وحيدا حين خروجه من المشيمة ومنا انقسم الى قسمين ليذهب كل منهما

لى جنين الا بعد ان فارق اصل منشائه ببعض قراريط

واذا انبتت كل بذرة فى الرحم منفصلة عن غيرها تكون من الساقط الرحمى لكل من البذرتين او الاكثر ساقط منعكس فكل مشيمة حينئذ تبقى غير متعلقة بغيرها الى آخر الحمل فاذا فرض ان هناك سلى واحدا كان الساقط مثل ما يكون فى الحمل البسيط ويظهر حينئذ ان المشيمة تكون وحيدة وانما يكون هناك خط او تلم خفيف يدل على التحديد من الظاهر ولذلك يشاهد غالبا بقية حاجز من الباطن وفى هذا النوع يشاهد غالبا تفمم الحبيلين ببعضهما فالتصاق الجنينين لا يحصل الا فى البذرتين الخاليتين من الحاجز فمما تقدم يعرف ان التوءمين من نوع واحد اى مذكرين او مؤنثين يبعد ان يكونا دائما ساكنين فى كيس واحد وانه لا يصح ان يتمسك بان كل جنين له دائما كيس منفصل عن غيره

(الباب الثالث)

(حالة توابع الجنين فى الحمل الخارج عن الرحم)

السلى والامنيوس لا يحصل فيهما شئ مخصوص فى الحمل الخارج عن الرحم بخلاف الغشاء الساقط والمشيمة فقد ثبت من مشاهدات كثيرة ان تجويف الرحم يكون فيه حينئذ غشاء ساقط كما يكون فى الحمل الطبيعى لكن هذا نادر والغالب عدم احتواء الرحم على ما يشبه هذا الغشاء لان المادة المنصبة فيه لا تكون على شكل غشائية وانما تكون جوهرا رخوا عجينيا ملتصقا مانعا محمرا وفى بعض الغشاء تكون هلامية خالصة وبالجملة فقد اضطربت ارآء الاطباء فى ذلك فبعضهم ادعى انه وجد هيئة هذا الغشاء فى الرحم وبعضهم ومنهم المؤلف وجد فيه جواهر اسفنجية تشبه الساقط واما كروفلييه فقال انى لم اجد فيه ساقطا رحميا فى انواع الحبل الخارج عن الرحم الذى شاهدته مرارا

والمشيمة فى الحمل الخارج من حيث انها آتية من انفراش الفروع الوعائية للحبل تكون غير منتظمة ورقيقة جدا فى الغالب وغلالة سطحها الخارج تفقد

غالبا

غالبا والتصاقها بجدران الكيس الجنيني يكون غالبا امتن من التصاقها بالرحم ولما الكيس نفسه فتختلف طبيعته باختلاف كون الجنين مثبتا في البوق او على البريتون ففي الحالة الاولى يتكون كله من المنسوجات الطبيعية بخلافه في الحالة الثانية فيكمل تكوينه بعد سقوط البذرة ويوجد له سطح ظاهر نوع منتظم مصلي وسطح باطن خلي غير منتظم ومنسوج متوسط بينهما ليفي خلوي كما انه في بعض الحال شحم متجمد ويشاهد في سمكه احيانا اوعية غليظة

(التعليم الثاني)
(في البذرة)

(الباب الاول)
(في بذرة الحمل البسيط)

اصطلح الاطباء اليوم على ان البذرة تسمى علقة الى الشهر الثالث ثم بعد ذلك تسمى جنينا وهذا اصطلاح اتفاقي لا مشاحة فيه فلنبقه على ما هو عليه ونبحث عن الجنين في هذين الدورين

(القسم الاول)
(في العلقة)

(الفصل الاول)
(في العلقة عموما)

لم يتحقق الى الآن وقت ظهور البذرة في الرحم قال بقراط انها في اليوم السادس تصير كرة صغيرة شفافة يرتفع عليها شيء دقيق يقرب للعقل انه السرة ورأى هالير بالغلب تلامذته انهم لا تشاهد الا بعد خمسة عشر يوما او عشرين وبعض المؤلفين الذين مشوا على مذهب القدماء في ان التلقيح يحصل في الرحم قالوا ان البذرة تتكون اولا ثم الاغشية وبعضهم عكس الحال لكن لم يعين احد منهم اليوم الذي يمكن فيه مشاهدة العلقة في الرحم وقد وقعت تجربيات كثيرة فهم منها انه لابد لنقل البذرة من المبيض الى الرحم من بعض ايام ولكن لم يعلم

هل هذا الزمن واحد لجميع افراد كل نوع من الحيوان والظاهر ان هذا الدور ثلاثة ايام للارنب ومن ستة الى سبعة او ثمانية للكلاب * وذهب استراطون ودبوقليس الى ان الجنين لا يبتدأ فيه الشكل البشرى الا فى نحو اليوم الخامس والثلاثين وانه يكون حينئذ فى عظم النحلة وذهب ارسطاطاليس ان الجنين يكون فى الاربعين فى حجم نملة من النمل الكبير وقال انه يميز فيها الاطراف وجميع الاجزاء بل وعضو التناسل ايضا وبعضهم زعم انه يكون دوديا مستطيلا منتفخا فى الوسط فى اليوم الخامس عشر الى العشرين وزعم ادلون كغيره ان الجنين فى ثلاثة اسابيع لا يوجد فيه اثر للرأس وان البطن يظهر على شكل نتوء مخروطى مستند على الغشاء الباطن للبذرة قال المؤلف ولا ادرى ايضا على اى شىء اسس شوسيه كلامه حيث قال الجنين الذى له عشرة ايام انما يكون ندفة سنجابية نصف شفافة يسيل بسرعة وشكله لم يعين الى حينئذ انتهى ومنهم من قدره ببذرة خس او حبة شعير او مطرقة الاذن لكن هذه المستنتجات غير مناسبة للطبع بل لا ينبغى تشبيهه بحبة قمح ايضا فانها توجد قبل ذلك فى البذرة التى لها اثنى عشر يوما بدون تغير وعندنا مشاهدة تقوى ذلك فيها العلقة متميزة فى ذلك الزمن وكذلك الحوصلات وجميع الاغشية

(الفصل الثانى)
(فى السلسلة الفقرية فى العلقة)

العلقة البشرية تشبه فى الابتداء من بعض الوجوه علقة الثعابين فهى ساق منحنى على هيئة دائرة تقرب للتمام وفى تلك الحالة قد يكون طولها خطين او ثلاثة نحو الاسبوع الثالث ولو فرض استقامتها لبلغت اربعة خطوط او خمسة واحد طرفيها منتفخ مستدير والاخر ينتهى بطرف حاد وهذا الساق مجوف نصف شفاف ويظهر انه مملوء بسائل صاف يشاهد فى وسطه حتى للعين العارية خيط معتم ابيض او مصفر هو المجموع المخى الشوكى

هذا وقد ثبت من تجربياتى امور الاول ان السلسلة هى الجزء الاساسى للجسم الثانى ان هذا المحور يظهر قبل جميع الاعضاء الثالث انه يوجد منفردا زمنا

طويلا

طويلا الرابع ان شكله لا يختلف فى ذاته فى الابتداء عنه فى بقية ازمنة الحياة الرحمية * الخامس ان العلقة الى عشرين يوما لا تكون مستقيمة ولا منتفخة من وسطها * السادس ان الرأس والعنق يكونان اقله نصف طول العلقة السابع ان تقوسها يكون اقرب الى شبه دائرة كلما كانت اقل نموا * الثامن هيئة محيطها الظاهر يختلف قليلا فى الابتداء عن ما يكون فيما بعد واما محيطها الباطن اى تقعيرها فيستدعى انتباها عظيما بسبب التغيرات التى يكابدها فان فى هذا السطح المقعر تظهر جميع الاشياء على التوالى بهيئة عجيبة مدهشة فالقلب السفلى والاطراف والكتلة التى تملأ الصدر والبطن تنمو وتسلطن قبل غيرها على هيئة ازرار تخرج من فروع شجرة اوابط نبات والدائرة الفقرية تمتلى * هكذا شيأ فشيأ والجبهة تبعد عن العصعص والجزء الصدرى والبطنى من الساق الاصلى يلتزمان فى الابتداء ظهرا عنهما ان يعتدلا والرأس يبقى مائلا على الصدر لكن بحيث ان الذقن ينتهى حالها بان تأخذ المكان الذى كان مشغولا بالجبهة واما العصعص فلا يتقذف الى الخلف الا فيما بعد والذى يدفعه لتلك الجهة هو نمو الحوض والاطراف السفلى قال المؤلف ولقد كانت الاجزاء الجانبية والجزء المقدم من الجسم لا تظهر لى الا بعد الساق الفقرى بزمن طويل فكنت اظن ان النمو العضوى يحصل من الجوانب الى الخط المتوسط غير انى رجعت الآن عن ذلك بمقتضى مشاهدات صحيحة وصح عندى ان الخط المتوسط للوجه والعنق لم يظهر لى خاليا قط بل اراه متكونا فى اليوم العشرين كما فى الستين ومارأيت الاعضاء الصدرية عارية بالكلية فاذا تمت كتلة الاعضاء المنسوبة للبطن وتغطت بوبر دقيق كانت جدران الصدر متميزة عنها بمنظرها الطبيعى

(الفصل الثالث)

(فى الرأس واعضاء الحواس)

الرأس يتكون فى الابتداء على هيئة قضيب مستطيل ثم يكون نموه على حسب نمو الباقى من السلسلة ثم فى الاسبوع الخامس يميز الوجه من الجمجمة

(المبحث الاول)

(فى الفم)

الفم هو اول اعضاء الحس مشاهدة وقد شاهدته فى اصغر علقة شاهدتها فبموجب ذلك يوجد من الثانى عشر الى اليوم العشرين ويكون هيئته حينئذ فتحة عريضة جدا بيضاوية او مثلثة والفك العلوى من حيث انه بارز مدة كون السفلى قصيرا جدا يصير فم العلقة البشرية مشابها الفم علقة الحية

واختلف المشرحون فى كيفية تكون الشفة السفلى فظن جميعهم انها تكون اولا مركبة من جزئين جانبيين ينتهى حالهما بان ينضما على الخط المتوسط كالقطعتين العظميتين الحاملتين لهما لكن لا يتم ذلك فى الشفة العليا الاعلى رأى ان الفك يكون من عظمتين اما على حسب ما اختاروه الآن من ان هناك عظما بين الفكين العلويين فيلزم ان يكون نمو هذه الشفة من ثلاثة اجزاء جزء متوسط وجزئين جانبيين وبانضمامها لبعضها يتولد عمودان اوغرفان انقيا ان شفويان وعلى مقتضى هذا البيان وضح المتأخرون تكون الشفة الارنبية البسيطة والمزدوجة التى على حسبهم لا توجد على الخط المتوسط بل بالغ بعضهم فى انها متكونة من اربعة اجزاء منفصلة لكن للطعن فى ذلك مجال قال المؤلف ان فى الدور الذى بحثت فيه وجدت الشفة السفلى ابتدأ تميزها والذقن برز منها الجزء المتوسط الى الامام وحافتها السائبة الرقيقة جدا البست مقطوعة بتلم اصلا بل كانت على شكل نصف دائرة منتظمة جدا وبالجملة وجدت فى علقات لها ستة اسابيع كما وجدت فى غيرها ممن له عشرون يوما ونيف ان حافة الشفتين مكونة جيدا وليس فيها انقسام فالتزمت ان اشك فى وجود عظم بين الفكين فى النوع البشرى فى الحالة الطبيعية

(المبحث الثانى)

(فى الانف)

ليس من الصحيح ان يقال ان عضو الشم لا يمكن ان يعرف الا من الاسبوع السادس الى الثامن فان فى الثلاثين يوما يمكن فى الغالب ان تميز فتحتاه المقدمتان

مستديرتين وتشاهدان اعلا الفم حالا وتتجهان الى الامام فتشبهان بقعتين صغيرتين مسودتين نعم قد لا تشاهد هاتان الفتحتان فى بعض علقات لها من خمسة اسابيع الى سبعة وانما يشاهد محلهما نتوبارز

(المبحث الثالث)

(فى الاعين)

الاعين تظهر مع الفم ان لم توجد قبله قال المؤلف وقد رأيتها فى علقة طولها لم يجاوز اربعة خطوط ولابد من وجدانها اذا فتش عليها فى الاسبوع الرابع ولما كانت خالية من الاجفان والزوايا العينية والجهاز الدمعى وكانت مشابهة لقرص مستدير قطره نصف خط محدب قليلا لم تكن منفصلة عن الجسم الابشرة سطحية ضيق جدا ولا تشاهد الا بالبحث عليها بسن ابرة وفى كل عين نكتتان تتميز احداهما بيضاء مصفرة على شكل مركز والاخرى سوداء على هيئة دائرة تحتوى على الاولى من جهة ومن الجهة الاخرى تتصل بالجلد والنكتة المركزية تكون اولا اعرض من الدائرة المسودة المحيطة بها لكن هذه عما تتسلطن على الاولى فى آخر الاسبوع السادس وهاتان النكتتان هما ولابد الصلبة والقرنية التى لم تزل الى الآن معتمة ولا تختلف عن طبيعة الاظفار الابلونهما

(المبحث الرابع)

(فى الاذنين)

الاذن تظهر ايضا مبكرة ونهاية ما يتأخر تميزها الى الثلاثين ولا تكابد عظيم تغير الى نهاية الاسبوع السابع تقريبا وتظهر اولا بهيئة فوهة جراب جلدى او انخفاض هرمى ضيق قليل العمق ثم بعد بعض ايام تشبه ببادى النظر اسعة علقة وانما بدل ان يكون لها ثلاث زوايا يكون لها اربع فى الغالب واما الصيوان فلا يكون له اذذاك اثر اصلا وفتحته تكون مساوية للجلد ثم فى خمسة اسابيع الى ستة تبتدأ الزوايا الداخلة لهذا الانخفاض الصليبى او المعينى فى ان تبرز عن الجلد فالزنمة هى التى تظهر اولا ثم الوترة ثم بقية الاجزاء وتمكث

زمنا ما قبل ان تنحنى على الرأس وعلى نفسها

(الفصل الرابع)
(فى الاطراف)

هى تظهر كلها مع بعضها متساوية الاقطار تقريبا فالطرفان الصدريان يخرجان من الجزء المقدم للاشرطة الجانبية من الساق الفقرى بمسافة متساوية تقريبا بين طرف الرأس وطرف العصعص على فرض استقامة الجنين والطرفان السفليان يشاهدان اعلا عن العصعص بخط تقريبا ويكون هذا العصعص منحنيا من الخلف الى الامام كأنه مخفى فى المسافة بينهما واليد تظهر اولا على شكل لوح ذى حافة سائبة رقيقة غير منقسمة والرجل لا تختلف عنها اختلافا محسوسا ثم من الثلاثين الى الاربعين يعرف الساعد والساق وتبتدأ نقط الاصابع فى الانعزال عن بعضها وفى خمس واربعين الى خمسين ينفصل المرفق والعضد عن الصدر بعد ان كان كانهما ملتصقان به بواسطة غشاء والعقب والركبة تنعزلان ايضا وتتميز اصابع اليد عن بعضها والطبقة اللزجة التى تضم قواعدها ببعضها لا تمتد الى اطرافها الظفرية والرجل يزول شبهها باليد واصابعها تتهيأ كاصابع اليد

(الفصل الخامس)
(فى العصعص واعضاء التناسل)

قد ذكرنا ان فى مدة الاسابيع الثلاث الاول ينتهى الجذع من الاسفل بطرف دودى وهو الذنب الجزئى العصعصى المقوس الى الامام ويعتدل يبطئ كلما امتلأ تقعيره ولنذكر هنا ان حافتيه لم يلبثا قليلا حتى يتصلا بكتلة البطن او يختفيا فى اصل الطرفين الصدريين اى اليدين والمسافة التى توجد بين هذا الاصل وبين السرة والرجلين ولا تبلغ سعتها الا خطا او خطا ونصفا الى خمسة اسابيع او ستة تبقى زمنا طويلا على شكل تقعير ثم تتولد اعضاء التناسل وتملأ ذلك التقعير ففى نحو اربعين او خمسة واربعين يوما تظهر نقطة سوداء امام العصعص وهى محل الشرج ويشاهد قرب السرة حدبة مخروطية محفورة بميزاب

من جزئيها السفلى هى محل الذكر او البظر على حسب ذكورة الجنين او انوثته

(الفصل السادس)

(فى السرة والدور الثانى للجنين)

العادة ان السرة لا توجد فى الحقيقة الى خمسة عشر او عشرين يوما والحبل السرى يستتر تحت الكتلة الحشوية البطنية غير ان جدران البطن لم تلبث قليلا حتى تظهر تلك السرة وتوجيهها من اعلى الى اسفل ومن الجوانب نحو الجزء المقدم ثم تجمعها بالساق السرى والمشيمى اعنى الحبيل وفى الاسبوع السادس او الخمسين يوما تأخذ اعضاء الجنين بسرعة فى الكمال فالاعين يزيد تحدبها وتحيط بها بعد ذلك حلا الدائرة الجفنية وتنحنى على محيطها وطرفا القطر العمودى لهذه الدائرة يقترب من بعضهما بعضهما يعطيان لها الشكل البيضاوى فلذلك توجد الزاويتان وفى تسعة اسابيع او عشرة تتلامس حوافى الاجفان وكانها تلتصق ببعضها وفى الابتدا تكون هذه الحوافى رقيقة حادة ثم يصير سمكها كسمك الاجفان نفسها وهذه الاجفان وان كانت تغطى مقدم العين الا ان فيها بعض شفافية فلا تمنع مشاهدة اللون فالنكتة المركزية التى ذكرناها سابقا تصغر وتصير اعرض وحينئذ يسهل تحقق كونها هى القرنية الشفافة وان سطحها الخلفى ملامس لجوهر ملون بهذا اللون والدائرة السوداء تعظم ايضا وعند التأمل يشاهد انها تنسب الى الصلبة وان لونها ناشئ من الطبقة التى تغشيها من الباطن

والانف يحصل فيه حينئذ تغير واضح فالبروز الذى يتكون اعلى الشفة بارتفاعه التدريجى يقهر قمته المقدمة على ان تنحنى ببطئ الى الاسفل وباطنه الذى هو جزء من تجويف الفم الى الاسبوع الخامس يبتدأ فى الانفصال عنه فى مدة الاسبوع السادس

واما الفم فلا يكابد تغيرا كثيرا وانما يزيد عمقه واللسان الذى يبكر ظهوره يعرض ويرق والفك السفلى يبرز زيادة والشفايف تتميز عن بعضها ويتم عزلها ولكن لم يتغير شكلها الى الآن والاذن الظاهرة التى كانت تكون خزعلقة

فى الجنين الذى له اربعة اسابيع او خمسة تكتسب الصفات الخاصة بها بسرعة فاجزاء الصيوان تنبسط وتظهر شحمته والاطراف تصل بسرعة الى كمالها فى هذا الدور والاصابع فى الاسبوع الثامن او التاسع تنعزل عن بعضها اولا تبقى ممسوكة الابطبقة دقيقة شفافة وتميز سلاميتها الثلاث وتكون منثنية الى الامام ويشاهد على ظهر السلامة الاخيرة نكتة هى اصل الظفر وتظهر خطوط معتمة هى محل المشط وطول العضد والفخذ بالنسبة للساعد والساق ليس فيه غرابة ورسم الكتف والحرقفة حينئذ لا ينكر ولا يكون منظر الشرج نكتة سوداء كما كان وانما فى اليوم الستين يكون على شكل بروز صغير مخروطى اصفر ناصع غير مثقوب والقضيب يأخذ فى الاستطالة وقاعدته تحاط بحوية سميكة ويشاهد تولد تلم مستدير فى طرفه السائب هو محل اكليل الحشفة ونمو العجان والحوض والخثلة يبعد الحبيل السرى جدا عن هذه الاعضاء بعد ان كان فى الدور الاول داخلا بين الاطراف السفلى قريبا من العصعص فيقربه لمركز البروز البطنى ودائرة السرة ينتهى حالها بان تنضم بالساق السرى الذى يمر منها وتستطيل معه بحيث لا يوجد حد فاصل بين الجلد من احدهما والغلاف من الآخر

(الفصل السابع)

(فى اقطار الجنين)

الجنين من حيث انه منحن على مسطحه المقدم مادام ساكنا فى مركز البذرة ينبغى ان يكون على هذا الوضع اذا اريد قياسه اذ لا يمكن انالة نتايج صحيحة بدون ذلك فانه فى ستة اسابيع اذا اريد استقامته يندر ان لا تمزق كل من مقدم الرقبة وجدران البطن وفى شهرين يؤمن من حصول مثل هذا الخطر بسبب قوام الاجزاء لكن الاستقامة قد لا تكون تامة ولذلك حصل اختلاف كثير فى النتايج وايضا فالانثناء الاعتيادى للاطراف البطنية يصير عدها عسرا فلا يكون خط القياس معتدلا فيقع الخطأ وقد اختلفت طرق المؤلفين فى القياس والذى نذكره هنا ينبغى ان ينسب لاعظم قطر فى الجنين اذا كان

مقوساطبيعة اعنى المسافة الفاصلة فى هذا الوضع للقمحدوة عن العصعص والظاهر ان هذا القطر لا يجاوز ثمانية عشر خطا او عشرين قبل نهاية الشهر الثانى والذى نتج من جملة اقيسة لاجنة كثيرة على حسب مشاهدات المؤلف هو ماسيذكر

ففى اثنى عشر يوما ثلاثة خطوط وفى خمسة عشر الى عشرين يوما خمسة خطوط الى ستة وفى شهر ثمانية خطوط الى عشرة وفى ستة اسابيع قيراط الى خمسة عشر خطا وفى شهرين قيراط ونصف الى قيراطين وفى ثلاثة اشهر ثلاثة قراريط وفى اربعة اشهر خمسة قراريط وفى خمسة اشهر من ستة قراريط الى سبعة وفى ستة اشهر من ثمانية قراريط الى تسعة وفى سبعة اشهر من تسعة قراريط الى عشرة وفى ثمانية اشهر من عشرة قراريط الى احد عشر وفى تسعة اشهر من احد عشر قيراطا الى اثنى عشر ولنذكر فى القسم الآتى على الاثر الصفات العامة التى توجد فى الجنين المشاهد من الظاهر فى اوجه مختلفة من سيره

(القسم الثانى)

(فى الجنين)

(الفصل الاول)

(فى اسنان الجنين ونموه التدريجى)

يمكث الجنين البشرى مدة بدون ان يوجد جلده الحقيقى فالدائرة التى يقوم منها اولا انما هى جوهر هلامى متجانس قليل القوام ولا تميز بشرته عن ادمته الا بعد الشهر الثانى * وفى ثلاثة اشهر تتميز الاغشية المجللة وتكون هلامية ايضا وردية اللون زاهية وتبقى الاجفان مطبوقة كالفم ايضا ويكون الانف بارزا جدا والرأس كبيرا وتشاهد بواسطة الشفافية اقواس الاضلاع وعظام الساعد وتصير اصابع اليدين والرجلين منعزلة عن بعضها انعزالا تاما والسطح الظهرى لاطرافها يغطى بصفائح محمرة على شكل الاظفار * وفى اربعة اشهر يزيد قوام الجلد ويتقوى بحبوب دهنية فى بعض الاحوال وتبتدأ تغطية الرأس بزغب ويتكون الصفن والاشفار الصغيرة والكبيرة وينفتح الشرج

وفى خمسة اشهر يشاهد احيانا زغب خفيف وبعض اجزاء من دهان دهنى فى بعض محال من الجلد ويبتدأ ظهور الشعر غير انه يكون ابيض اوبدون لون محدود والاغشية الجلدية تكون شفافة وان كانت دائما وردية وقليلة الانبساط والاظافر تتضح والحبيل السرى يبعد جدا عن القضيب اوالبظر ولا تميز حينئذ الحدقة ويكون طول الطفل من سبعة قراريط الى ثمانية

وفى ستة اشهر يظهر زغب الجلد وطبقته الدهنية اقله فى الابط والاربية ويسهل تمييز الشعر عن غيره من الزغب وتزول شفافية الاجفان ويقال ان حدقة العين لم تزل غير مشاهدة الى الآن والظاهر لى العكس بل هى عريضة جدا او التنو الخنجرى يشغل وسط المحور الكبير للجنين الذى طوله كله من تسعة قراريط الى عشرة

وفى سبعة اشهر يطول الشعر ويتلون وينتشر الزغب الجلدى والدهان الجلدى ويقل تلون الجلد وتعرض الاظافر وينقطع الغشاء الحدقى على ما زعم بعض المؤلفين لكن غير اكيد وجود هذا الغشاء فى المحل الذى يزعمونه عموما فان عندى ادلة تحمل على ظن ان القزحية تتولد اولا بهيئة حلقة تنمو بعد ذلك من مركزها حتى انها فى الآخر لا تترك الا الفوهة المسماة بالحدقة والسرة حينئذ لم تزل اسفل عن وسط الجنين وتظهر اعضاء التناسل الظاهرة ما عدا الغدد المنوية فى الذكور ويكون طول الجنين الممدود جيدا قريبا من قدم فرنساوى

وفى ثمانية اشهر لا يتميز الجنين بشىء زائد الا بالعظم فى الكمال وطوله تقريبا خمسة عشر قيراطا وشعره زائد التلون وجلده المغطى بمادة دهنية وبوبريسمك ويصير اقل سلاسة مما كان فى الزمن السابق والفك السفلى الذى كان قصيرا جدا يصير طوله كالعلوى ويزيد قوام الاظافر

وفى كمال الاشهر يختلف حجمه ووزنه باختلاف الاجنة وان كان نموه الى الآن بانتظام كامل مع ان معرفة ذلك ولو تقريبية مهمة فى العمل عند القوابل ففى ذلك الزمن اى زمن كماله تكون سعة قطره القمحدوى الصدغى اثنى عشر

قيراطا وطوله المتوسط اذا كان ممتدا من قمة الرأس الى العقب ثمانية عشر قيراطا وكثيرا ما يكون ستة عشر وسبعة عشر وتسعة عشر وعشرين بل واحدى وعشرين قيراطا ويندر جدا ان يكون الطول اثنى عشر قيراطا او ثلاثة وعشرين واما دعوى انه شوهد من طوله خمسة وعشرون او ثمانية وعشرون او ثلاثون او ستة وثلاثون او عشرة او ثمانية او ستة فالظاهر انها من حكايات العامة

واما وزن الطفل حينئذ فالعادة ان يكون ستة ارطال او ستة ونصفا او سبعة واحيانا ثمانية ويندر ان يكون تسعة او عشرة والقابلة لشبيل لم تجد فى اربعة آلاف جنين من جاوز اثنى عشر رطلا مع ان بودلوك ذكر انه وجد من وزنه ثلاثة عشر الا ربع رطل وقد ذكروا انه يوجد من وزنه خمسة ارطال او اربعة بل او ثلاثة او اثنين ونصف لكن الظاهر ان هذه الاجنة لم تصل الى غاية مدتها هذا وربما احتيج لمعرفة الطول النسبى لاجزآء الطفل المختلفة فى الطب الشرعى لاجل تعيين السن فعلى رأى شوسيه اذا اخذنا القدر المتوسط لطول الجنين وهو ثمانية عشر قيراطا يوجد عشرة قراريط واربعة خطوط من قمة الرأس الى السرة وسبعة قراريط وثمانية خطوط من السرة الى الاخمص واحد عشر قيراطا وتسعة خطوط من العانة الى قمة الرأس وستة قراريط وثلاثة خطوط من العانة الى العقب وقيراطان وثلاثة خطوط من الترقوة الى الطرف السفلى من القص وستة قراريط من طرف القص الى العانة ويوجد من طرف النتو الاخرمى الى نظيره اربعة قراريط ونصف يسهل ارجاعها الى ثلاثة ونصف بالضغط على الكتفين واعظم سمك مقدم مؤخر للجنين فى الصدر اربعة قراريط واما بين العرفين الحرقفيين فثلاثة قراريط

(الفصل الثانى)

(فى رأس الجنين البالغ الكمال)

من المهم للقوابل دراسة الرأس الذى هو اعظم بقية اجزاء الجنين واقل قابلية للانضغاط

(المبحث الاول)
(فى العظام)

العظام المكونة له تكون اقل صلابة مما فى البالغ ومنفصلة عن بعضها بمسافات غشائية يختلف عرضها فعظم الجبهة مكون من قطعتين مساويتين لبعضهما والجزء المسطح من عظم القمحدوة والقشرى من الصدغى يكونان فى الغالب منفصلين عن الصخرة وعن الحدبات العقدية واما النتو القاعدى وجسم الوتدى والجزء الصخرى من الصدغى والقطع التى تتركب منها قاعدة الجمجمة فتكون كلها متعظمة اواقله انه يتكون منها كتلة غير قابلة للانضغاط مع الغضاريف التى تضمها ببعضها

(المبحث الثانى)
(فى الدروز)

دروز الجمجمة اكثر عددا وتحركا وعرضا فى الجنين منها فى الكبير ولما كانت تخدم مع اليوافيخ لوصف اوضاع الرأس كان من المهم للقابلة استحضارها فى الحافظة * فالدرز السهمى المسمى بالمستقيم او المقدم الخلفى يمتد من اعلى الانف الى الزاوية العليا للقمحدوة ويصح ان يقسم الى جزئين جزء انفى جدارى يضم قطعتى العظم الجبهى وجزء جدارى ينتج من استناد الجدارين بحافتيهما على بعضهما * والدرز الجبهى الجدارى المسمى بالاكليلى والمستعرض والمقدم يقاطع السابق على زاوية قائمة فى محل اتصال نصفيه ببعضهما * والدرز القمحدوى الجدارى المسمى بالدالى والخلفى والقمحدوى لا يظهر الا انه تفرع من الدرز السهمى * واما الدروز القشرية او الصدغية الجدارية فليست مهمة الذكر فى كتب القوابل لانها مختفية بطبقة سميكة من الاجزاء الرخوة

(المبحث الثالث)
(فى اليوافيخ)

يوجد عادة فى محال تقاطع اوانتهاء هذه الدروز مسافات غشائية تسمى باليوافيخ * فاليافوخ المقدم او الجبهى يتكون من اربع زوايا عظمية تنتهين

علويتين لقطعتى عظم الاكليل وثنتين مقدمتين علويتين للعدارين وهو ضيق اوواسع على حسب كون الزوايا ابرزا او احف وشكله معينى فلذلك يكون اكثر استطالة بين جزئى الاكليل اكثر منه بين الجدارين * واليافوخ الخلفى اوالقمحدوى الذى يكون جزأ من قة الرأس يشغل المحل الذى يختلط فيه الدرز السهمى مع الدرز الدالى وهو ضيق جدا وكثيرا ما يعسر تمييزه وشكله مثلث ولا يمكن اشتباهه عند المقابلة بالسابق لكن من حيث انه ينقسم احيانا الى جزئين بدرز متوسط وان الزاوية العليا للقمحدوة قد تنعدم بالكلية ينبغى ان يتذكر انه لا يذهب منه الا ثلاثة فروع من الدروز واذا كان هناك اربعة اتجاه الجانبيان بانحراف نحو الأمنتو الخلفى ولا يتصالبان بزاوية قائمة كدروز اليافوخ الاكليلى وهذا عظيم الاهتمام لانه هو الذى يعلن بقمة الرأس واليوافيخ السفلية اى الجانبية عددها اربع فى كل جانب اثنان وتشاهد فى محل انتهاء الدرزين المقدم والخلفى وليس لهما استعمال فى عمل الولادة وقد توجد يوافيخ فى الرأس على سبيل العرض

(المبحث الرابع)
(فى اقسام الرأس)

ينقسم الرأس ايضا الى خمسة اقسام احدها علوى حيث يشاهد فيه من الخلف قة الرأس ومن الامام هذه القمة والجدار ومن الوسط القمة ايضا ومحدود من الاسفل بالدائرة القمحدوية الجبهية وثانيها اسفلى هو قاعدة الجمجمة والجزء الخلفى من الوجه وثالثها مقدم اووجهى محوى فى الدائرة الجبهية الذقنية ورابعها وخامسها جانبيان اوصدغيان يحتويان على ما تركه الثلاثة السابقة فيما بينها وابعادهما بالنظر للولادة تكون على النسبة لابعاد القطر القمحدوى الذقنى وذلك يصير مجيئهما عند الولادة مضرا

(المبحث الخامس)
(فى شكل الرأس)

رأس الجنين عظيم الاهتمام بسبب قابلية قبوته للانثناء وشكله بيضاوى

تشاجر العلماء فى تعيينه فقال قابرون ان طرفه الغليظ من الخلف وقال غيره من الامام فاذا كانت الحدبة القمحدوية الظاهرة شاغلة لمركز المضيقين مدة الطلق لزم ان نتفق على ان الجزء الغليظ من الشكل البيضاوى يكون فى الوجه لكن اذا مسك الرأس من الذقن كان طرفه الغليظ ولابد ملتفتا الى الخلف غيران هذا كله تشاجر فى مجرد الكلمات فانه اذا عرف ان جميع اقطار النصف الخلفى للجمجمة تقرب من ثلاثة قراريط ونصف وان نهاية اعظم اقطار الوجه انما يبلغ ثلاثة قراريط اتضح انه لابد من ان يتبع رأى قابرون وهو ان القمحدوة هى فى الحقيقة الطرف الغليظ لرأس الجنين

(المبحث السادس)
(فى اقطار الرأس)

محاور الرأس اى اقطارها خطوط وهمية تمر من جانب الى آخر فى اتجاه محدود ويمكن تضاعفها الا الى نهاية غيران التى منها يناسب اقطار الحوض اى محاوره هى التى تستحق الانتباه واظن انه يكفى ان يعتبر منها سبعة احدها القمحدوى الذقنى طوله خمسة قراريط ويؤخذ من الجزء الابرز من القمحدوة الى طرف الذقن وهو المسمى بالقطر العظيم او القطر المنحرف وهو اعظم الاقطار ثانيها القمحدوى الجبهى طوله اربعة قراريط تقريبا ويمتد من الحدبة القمحدوية الى الجبهة ويسمى ايضا القطر المستقيم او المقدم الخلفى ثالثها الجدارى المزدوج او المستعرض يذهب من حدبة جدارية الى نظيرتها وطوله ثلاثة قراريط وربع او ونصف رابعها الصدغى المزدوج او الاصغر ويقاس من جذر النتوء الزوجى الى مثله من الجهة المقابلة وطوله من قيراطين ونصف الى ثلاثة خامسها القائم او الخرزى القمى نسبة الى خرزات العنق وقمة الرأس وهو يمر عموديا فى الرأس بنزوله من القمة الى الجزء المقدم من الثقب القمحدوى وطوله تقريبا ثلاثة قراريط ونصف سادسها الجبهى الذقنى او الوجهى وطوله ثلاثة قراريط سابعها القمحدوى القمى وهو اهم الجميع وطرفه الخلفى يلزم ان يكون موضوعا بين الحدبة القمحدوية والثقب القمحدوى ويذهب حتى ينتهى فى اليافوخ

المقدم وطوله اربعة قراريط الاربع قراريط

(المبحث السابع)
(فى دوائر الرأس)

الاقطار التى ذكرناها يصحبها مثل عددها من الدوائر التى تسمى باسمائها ايضا وطولها مختلف * فاولها الدائرة القمحدوية الذقنية او المحيط الاعظم يقسم الرأس الى قسمين جانبيين متساويين وتمر مع ذلك على طرفى المحور القمحدوى الذقنى وتقاس بطوله ثلاث مرات وعلى طرفى المحور الجبهى الذقنى والقمحدوى الجبهى والقائم والقمحدوى القمى * وثانيها الدائرة الوجهية تمر على الجبهة والذقن والوجنتين * وثالثها دائرة القطر القائم تمر فى زمن واحد امام الحدبتين الجداريتين بقليل فتقسم الرأس الى قسمين بالعرض * ورابعها دائرة القطر القمحدوى الجبهى التى تعانق فى آن واحد اطراف القطر المستعرض فتفصل انقبا القبوة عن قاعدة الجمجمة * وخامسها دائرة المحور القمحدوى القمى التى هى ايضا الدائرة المخصوصة بالقطر الجدارى المزدوج وهى اهم الجميع لكونها تجاور فى الغالب دائر مضيق الحوض * وسادسها دائرة القطر الصدغى المزدوج او اصغر الدوائر وتمر فى آن واحد على طرفى المحور القائم والقمحدوى القمى ولا يعظم الاهتمام بها الا اذا كان الرأس صغيرا جدا فتكون معرفتها مهمة فى العمل لانه اذا وضع وترها اعنى المحور الصدغى المزدوج مجاورا للاقطار المعيبة للحوض التى يلزم ان يمر منها الطفل عرف بالضبط ان كانت الولادة ممكنة او غير ممكنة

(المبحث الثامن)
(فى اختلافات فى هذه الاقطار)

هذه الاقطار قد تكابد درجات مختلفة فى القصر والاستطالة سواء كان ذلك من تأثير الانقباض الرحمى او من الفعل الميخانيكى للآلات التى تستعمل احيانا زمن الطلق فالقطر القمحدوى الجبهى المضغوط من طرفيه قد يقصر بعض خطوط بسبب تصالب الحوافى المتجاورة من العظم

الجبهى والقمحدوى وعظمى الجدار ومثل ذلك فى القصر ايضا المحور المستعرض والقمحدوى القمى متى اتجه الضغط بالخصوص على نقطتين متقابلتين من دوائرهما فينتج من هذا الانتظام * اولا ان اقطار قبوة الجمجمة تكون وحدها قابلة للنقص مدة الطلق * وثانيا ان الولادة لا تمكن بالطبيعة بدون اعانة متى كانت اقطار الحوض اقل امتدادا من اقطار قاعدة رأس الجنين * وثالثا ان بذلك يكون كل من النخاع الشوكى والحدبة المخية والحدبتان التوءميتان واذرعة المخيخ والمخ محفوظا من جميع الاصابات واما الفصوص المخية والمخيخية التى ليس لها دخل فى حفظ الحياة النامية فقد تضغط وحدها انضغاطا خفيفا

(المبحث التاسع)
(فى قياس الرأس)

استشعر القوابل من زمن طويل بالاحتياج الى واسطة تعرف بها الاختلافات الكثيرة القابلة لها اقطار الرأس مدة كون الجنين محويا فى اعضاء الام غير ان اجتهاداتهم الى الآن لم توصلهم الى تلك الغاية فطالما ذكروا مقايس وكيفيات كثيرة بدون فائدة صحيحة قال المؤلف واظن انه لا بأس بذكر شئ من اشغال بعض اخوانى فى الدراسة على هذا الموضوع

وذلك ان الطبيب فوليوس ثبت عنده من قياس جملة رؤس جافة اولا ان الخط الممتد من الدرز الجبهى الانفى الى الحافة السخنية العليا يقرب من نصف خط آخر ممتد من الزاوية العليا العظم القمحدوة الى الثقب العظيم القمحدوى ثانيا ان المسافة الفاصلة بين الدرز الجبهى الانفى والجبهى الجدارى عن بعضهما مساوية للمسافة التى توجد بين الحافة الخلفية للاكليلى ورأس القمحدوة * ثالثا انه اذا زيد خمسة خطوط او ستة على القوس القمحدوى حصل طول الدرز السهمى * رابعا ان القطر الجدارى المزدوج اطول بستة خطوط من الدرز السهمى * خامسا ان الخط الوجهى اذا كرر ثلاث مرات يعطى ايضا امتداد القطر المستعرض * سادسا ان القطر القمحدوى الجبهى يزيد بتسع

خطوط عن طول القطر المدارى المزدوج بحيث انه وقت الطلق اذا امكن ان يقاس بالضبط الخط الجبهى الفكى والقوس الانفى المدارى والقوس القمحدوى والدرز السهمى سهل ان يعين بعد ذلك امتداد المحور ين المقدم الخلفى والمستعرض للجمجمة قال المؤلف ويظهر لى ان ما ادعاه هذا الطبيب صحيح عموما وان عارضوه بمعارضات كثيرة لكنى رأيت ايضا ان العروق النسبية التى وضعها مختلفة جدا بحيث يعسر ان يستفاد منها فائدة عظيمة وعلى فرض انها فى نفسها صحيحة مضبوطة كيف يحرر بالضبط فى داخل الاجزاء الرخوة سيما فى باطن الام الطول الصحيح للقوس القمحدوى المؤخرى اوالقوس الجبهى اوالخط الوجهى اظن ان هذا شئ غير ممكن وانما لا بأس ان ننبه هنا كما نبه غيرنا على ان رؤس الصبيان اكبر من روس البنات بجزء من عشرين او من ثلاثين وبسبب ذلك كان الموتى فى طلق الولادة من الصبيان اكثر من البنات

(المبحث العاشر)

(فى مفصل الرأس مع العمود)

مفصل الرأس مع العمود الفقرى يحتاج الى اهتمام عظيم ولعدم دراسة هذا المبحث دراسة كافية كان كثيرا ما تموت الاجنة على يد كثير من القوابل وقت الولادة مع انهم كانوا قبل ذلك فى غاية الشدة والقوة فاتصال المحور بالقمحدوة مفصل ضيق لا تحصل فيه الا حركة انثناء وانبساط واتصال المحور بالفقهة رزى استدارى مهيء بحيث ان حركة مدار الرأس اذا جاوزت ربع دائرة تباعدت اسطحة المفاصل عن بعضها فعند ذلك ينضغط النخاع الشوكى و يتمزق ويرض بشدة فاذا جاوز ذقن الجنين محاذاة الكتف بذهابه الى الخلف حصل الموت حالا ومن جهة اخرى وجد فى المفصل القمحدوى الفقرى بسبب كثرة المجيء بالقمة بالنسبة للوجه فان الرأس بالنظر لجهته المقدمة الخلفية من حيث انه مستند على رأس السلسلة يكون كرافعة من النوع الثالث ففى مدة الطلق تكون القوة فى العمود الفقرى ويلزم بالضرورة ان تكون نقطة الارتكاز فى احد طرفى القطر القمحدوى الذقنى والمقاومة فى الطرف الآخر فانخفاض المؤخر

فى معظم الاحوال وعدم انخفاض الذقن قبل ذلك الا على سبيل الندرة انما ننشأ من كون القوة اثرت على الطرف القمحدوى لهذه الرافعة اكثر من تأثيرها على الطرف المقابل فيكون قرب التنوين العقدين للاول من هذين الجزئين اكثر من قربهما للثانى

(الفصل الثالث)
(فى هيئة وضع الجنين فى الرحم)

الكلام فى ذلك محصور فى جملة امور * الاول ان الجنين مدة الحمل يكون منحنيا على سطحه المقدم بحيث تتكون منه دائرة تامة اوغير تامة وعند كمال الشهر يكون الرأس مائلا على الصدر والارجل مرتفعة على مقدم الساقين والساقان منثنيتين على الوجه الخلفى للفخذين والفخذان على الوجه المقدم للبطن والعقبان تتصالبان وتقربان جدا للوركين والعضدان تكونان على جانبى الصدر والساعدان تنثنيان وتتصالبان على مقدم القص وكان الذقن ساكن بين اليدين فيتكون من جميع ذلك كتلة بيضاوية جزؤها الغليظ الملتفت نحو عمق الرحم هو الطرف الحوضى للجذع ورأسها هو الطرف المخى الذى يستند على عنق الرحم ففى هذه الحالة يبلغ قطره العظيم الذى هو القمحدوى العصعصى اثنى عشر قيراطا وربما نقص عن ذلك قيراطا اوقيراطين بسبب الضغط على طرفيه

الثانى يقرب للعقل ان هيئة وضع الطفل فى بطن امه الى نهاية الحمل جارية على مقتضى ضوابط الثقل فمن حيث انه فى الابتداء معلق فى مركز البذرة بالحبيل السرى وسابح متحرك فى وسط السائل الامنيوسى يذهب طبيعة نحو اثقل جزء من التجويف المحتوى عليه ولما كان الحبيل اقرب فى اندغامه الى العصعص من عظم القمحدوة كان الطرف المخى من الجنين هو الذى يتبع اميل جزء من الرحم وحيث كان عنقها انزل الى الاسفل من قعرها حتى ولو كانت المرأة نائمة يكون من الواضح ان الرأس يلزم ان يتجه نحو المضيق العلوى فى معظم الاحوال واختار كثير من المؤلفين اولا هذا الرأى وفاقا لارسطاطاليس

غير

غيرانهم فى القرن السادس عشر والسابع عشر العيسوى جعلوا سبب ذلك ارادة الطفل فقالوا ان الجنين اذا احس بالهواء التزم ان يخرج رأسه اولا فيديره الى الاسفل ليهئ نفسه للخروج باحسن حالة واما المتأخرون فعظمهم رجع الى رأى القدماء وانما شذ منهم دبواس فقال ان الميل الطبيعى هو السبب فى توجيه الطفل رأسه نحو الفوهة السفلى الا ان السبب هو الثقل واستنتج ذلك من تجريبات عملها فظهر له ان الاجنة الذين يموتون عند الولادة يأتون برؤسهم واما الذين يموتون قبل ذلك او الذين لا توجد معهم امارات الحياة المستدامة او المشوهون فى الخلقة فانهم لعدم وجود الميل الطبيعى عندهم يكون مجيئهم بالرأس اقل من مجيء الاجنة الاحياء الجيدة التركيب وايضا فان الحيوانات تأتى برؤسها لما عندها من ذلك الميل والافضوابط النقل تنتج العكس ورد المؤلف ذلك حيث قال ان ما ذكره دبواس مخالف بالكلية لما وجد فى امرأة كان الجنين فى رحمها شاغلا تجويفا بيضاويا بجميع مسطحاته تتقارب وتميل لان توصل للعنق الجزء الانظم والاصلب من الجسم المحوى فيه وكانت الفوهة هى الجزء الاميل سواء فى الوقوف الانتصابى او الاستلقاء فالوثب والمشى وبقية حركات المرأة بل وحركات جنينها تلزم الجنين بان ينزل بالرأس لا بالمقعدة والحبيل وان لم يحفظه سابحا فى مياهه آخر الحمل الا انه يعين على هذا الانزلاق فاذا غير الجنين موضعه من ذاته رده السكون حالا لوضعه الاول فعدم كثرة اوضاع الرأس اذا كان الجنين ميتا او مشوه الخلقة او فى حالة الاجهاض يكون سببها لين الاعضاء او صغر حجمها او عدم انتظامها وهذا يقوى المذهب القديم لانه يبطله وهيئة اعضاء الام فى البهائم والنقل النسبى لاعضاء الجنين يوضحان ايضا ذلك ولا يدلان على وجود ميل طبيعى لها فالاقرب ان الثقل والهيئة التشريحية للام والجنين هما السببان اللذان يحملان الرأس على الذهاب اولا نحو مضيق الحوض

الثالث اختار بعض القدماء وضعا آخر للرأس فبقراط وجالينوس ذهبا الى ان رأس الجنين يكون من الاعلى والطرف الحوضى يتجه نحو حرف الحوض

والجزء الخلفي من المقعدة يستند على الزاوية العجزية الفقرية الى نحو الشهر السابع ثم ينقلب بحركة عنيفة تشبه ان تكون تشنجية بحيث تأخذ الجبهة المحل الذي كان مشغولا بالمقعدة وبالعكس وبقي هذا الرأي مختارا عند الاكثر بفرانسا الى زمن بودلوك وكان له في كل زمان من يعارضه وينفيه حتى ان ارسطاطاليس قال ان اجنة الحيوانات تجيء بالرأس في جميع ازمنة الحمل وقال غيره ليس للجنين وضع مخصوص

واثبت جزار طبيب بمدينة ليون ان الجنين يكون اولا موضوعا بالعرض ولا يغير وضعه الا قرب الشهر السادس انتهى فاذا ماتت الحاملة قبل السابع فان رأس الجنين يدور نحو عنق الرحم كما يكون كذلك عند الولادة الكاملة قال المؤلف وقد فحصت جثة خمس نسوة متن بين الثالث والسادس من الحمل ففي اربع منهن كانت المقعدة ملتفتة الى الاسفل وكثيرا ما يشاهد مجيء الجنين بالرأس في الاسقاط كما يكون زمن الولادة الطبيعية انتهى ثم ذكر انه شاهد في نحو خمس وعشرين ولادة كاذبة من اربعة اشهر الى سبعة فلم يكن فيهن الا اربع جاء الجنين فيها بالمقعدة اولا * ومن جهة اخرى لا يندر ان يكون العنق رخوا قبل السابع بحيث يتأتى ادخال الاصبع فيه فتمس البذرة عارية في الرحم ففي تلك الحالة يتيقن ان الرأس هي التي من الاسفل ويؤيد ذلك ايضا ما ذكره المتأخرون وجزموا به واخذوه من طول الجنين بالنسبة لابعاد تجويف الرحم فقالوا ان الجنين من حيث ان طوله من عشرة قراريط الى اثني عشر في الشهر السادس فضرورة لا يمكن ان ينقلب من هذا الزمن في رحم قطراه المستعرض والمقدم الخلفي انما هو من ستة قراريط الى ثمانية نعم غفلوا عن ان الجنين ملفوف على نفسه في الامنيوس فبدل ان يكون محوره العظيم اثني عشر قيراطا يكون من ستة الى ثمانية وغفلوا ايضا عن ان الجنين حتى في وقت الولادة الطبيعية يغير احيانا وضعه مدة الطلق وان قطره الذي يمر من القمحدوة الى العصعص لا يزيد عن طول القطر بين الاقفيين للرحم زمن نمو ذلك الجنين فاذن ليس من الصحيح ان يتمسك بان الاقطار النسبية للرحم وللجنين تكون مانعا قويا لحركة

الانقلاب فاذا لم يوجد هذا الانقلاب فذلك لان الثقل النسبى للرأس والقوانين الميخانيكية تمنع حصول ذلك وحيث ان الكمية النسبية للماء تكون اكثر كلما كان الحمل اقل تقدما يكون من البين ان الجنين يأخذ دائما فى قلة التحرك ولا يمكنه ان ينقلب دفعة بعد الشهر السابع كما كان يفعل قبل سيما قرب هذا الزمن وهذه خاصة تغش فيه القوابل والحبالى

(الباب الثانى)
(فى تضاعف الاجنة)

الغالب ان لا تلد المرأة الا جنينا واحدا وقد تلد اكثر من واحد غير ان هذا الحمل المضاعف وان كان كثير الحصول فى جميع البلاد الا ان عدده بالنسبة للعمل المفرد اى البسيط يختلف باختلاف الاقاليم والبلاد فتارة يكون بنسبة واحد الى تسعين وتارة اكثر او اقل واما تثليث الاجنة فقليل جدا والاربع نادر وقد شوهد خمس اجنة فى رحم واحد وذلك معلوم من قديم فقد ذكر ارسطاطاليس تاريخ امرأة جاءت بعشرين ولدا فى اربعة بطون وشوهد ذلك ايضا فى المارستان المسمى ببيت الله بباريس وقد ذكر جلوبنج ولادة تحتوى على سبعة اجنة واحد كامل الاشهر واثنان فى سبعة اشهر تقريبا واربعة فى ثلاثة اشهر تقريبا وذلك غير مستغرب هذا بالنظر للمباحث العلمية اما بالنظر للتواريخ حيث يقع فيها تساهل كثير فقد ذكروا ما هو اكثر من ذلك الى اثنى عشر كالاصابع واثنين وعشرين بل الى سبعين فى حمل واحد وحكى ثلاثمائة وخمسة وستون جنينا فى حمل واحد ايضا وغير ذلك من الخرافات

والبحث عن ذلك مما لا طائل تحته وانما يمكن ان نقول ان بعض الاشخاص يمتع بخاصة تلقيح عجيب فتارة يكون ذلك من قبل المرأة وتارة من قبل الرجل وقد رأينا كثيرا من ذلك ثم ان الاجنة لحمل واحد اذا وصلوا لتسعة اشهر كان الغالب ان كلا منهم يكون اصغر حجما مما لو كان مفردا والتوءمان اقل اكتسابا للخواص الحيوية من الجنين المفرد والثلاثة قد يولدون احياء لكن الغالب موتهم بعد الولادة بقليل والغالب عدم وصولهم الى نهاية الحمل

الاعتيادى وبعضهم يموت فى البطن فيحرص على اجهاض البذرة كلها
اويخرج وحده كما شوهد ذلك ثم يسير الحمل بالباقى سيرا طبيعيا وكثيرا ما يبقى
فى غلافه ويتغير كثيرا اوقليلا ولا يخرج الا مع الآخر عند الولادة وتارة يصير
معيب التكون قبل ان تنقطع حياته ويلتصق بالآخر اويبقى غير متعلق به
الى آخر المدة وعلى هذه الاحوال يبنى تاريخ الحبل على الحبل والذى غش
المشاهدين اولا فى ذلك هو ان الاجنة الميتة تحفظ فى الغالب معظم صفاتها
الطبيعية بعد مكثها فى الرحم مدة اشهر فقد شاهد مورسوس جنينا له اربعة
اشهر تقريبا وخرج من بطن امه مع جنين مستوفى الاشهر حى * ومثال
نظير ذلك للطبيب كمبيل لم يخرج الجنين الميت فيه الا فى اليوم الخامس
من الولادة ومثال لاانوس وجد فيه الجنين المذكور فى وسط مشيمة الجنين
الكامل وكان رأسه مفرطحا ومنظره كمنظر جنين له اربعة اشهر اوخمسة
وامثال ذلك كثيرة وقد يفسد الجنين الميت وقد يخرج قطعا واما الاغشية
والمشيمة فتضمر دائما وربما حصل فى المشيمة فساد ايضا

(الباب الثالث)

(فى الحبل على الحبل)

اما الحبل على الحبل فهو احياء بذرة فى امرأة تحتوى فى محل من اعضاء
تناسلها على جنين ملقح قبل ذلك ووجود ذلك وامكانه تحقق واثبت طورا
فطورا عند الفسيولوجيين فى الاجيال السالفة وذكر ذلك ايضا ارسطاطاليس
فقال اذا ولد جنينان احدهما بعد الآخر بقليل فانهما يخرجان كانهما توءمان
وجميع قصص الحبل على الحبل يظهر لى انه يمكن نسبتها لاحد امور اربعة * اولا
لحمل مزدوج مات فيه احد الجنينين قبل تمام اشهره وبقى محفوظا فى اغشيته
لم يخرج الا مع الجنين الحى * وثانيا لحمل توءمين غير متساويين فى النمو اوبرزا
الى الدنيا حال كونهما مختلفين فى كمال الاشهر * وثالثا لحمل خارج عن الرحم
غير مانع للعمل الطبيعى * ورابعا لحالة رحم ذات قرنين
اما الاول فانه كثيرا ما يشاهد فى الحمل المضاعف ان احد الجنينين تنقطع

حيـاته ولا يوجد فيه عند ولادة اخيه الاصفات جنـين له شهران اوثلاثة
اواربعة اوخمسة اوستة وان كان له فى الواقع تسعة اشهر ومن المعلوم ان معظم
المشوهين فى التكون يوجد بمعية جنين جيد التكون فقد وقع ان امرأة ولدت
جنينا حيا كاملا ووجد الحكيم محنوت فى مشيمتها جنينا آخر فقد منه الرأس
والعنق والاذرعة وامرأة اخرى ولدت جنينا قويا فى غاية الكمال على يد
القابلة فوريت واعطت مشيمتها للمؤلف ليبحث فيها فرأى بعد جزء صغير من
الحبيل كتلة لحمية معلقة بعنيق طوله قيراطان قال وسهل لى تحقق ان ذلك
بقية جنين وشاهد هذا الطبيب امثلة من ذلك كثيرة قال واتفق ان امرأة
ولدت فى يوم واحد جنينا كاملا وعلقة طولها كالاصبع وكانا محويين
فى غلاف مشترك بينهما ورويش رأى امرأة جراح بمدينة امستردام ولدت
اثنين احدهما جنين فى غاية الحياة التامة وثانيهما علقة مملوءة حبيلها بديدان
حوصلية ولم يعط لتلك العلقة من السن الا ثلاثة اشهر والامثلة فى ذلك كثيرة
والمؤلفون حققوا ان هذه الاحوال انما هى من الحبل على الحبل
واما الثانى فانه اذا كان جنينان فى رحم جاز ان ينمو احدهما بسرعة اكثر
من الآخر وان يخرج احدهما قبل كمال اشهره ولا يخرج الآخر الا بعد ذلك
ومن ذلك ما اتفق ان امرأة ولدت ولادة كاذبة بعد اربعة اشهر ونصف من الحمل
وبعد اربعة اشهر من ذلك ولدت صبيا تام الصحة والكمال وامرأة اخرى ولدت
ولدا تام الاشهر وبعد خمسة اشهر ولدت ولدا آخر تام الاشهر ايضا وكذلك
مشاهدة الطبيب استيرنوس لجارية سوداء ولدت ولدا اسود له ثمانية اشهر
تقريبا وبعد بعض ساعات ولدت ولدا ابيض له اربعة اشهر تقريبا وفيه علامات
الحياة وهذا امر يعسر توضيحه ان كان صحيحا
واما الثالث فانه اذا حصل حمل خارج الرحم انتفخت الرحم احيانا وملئت
بمادة قابلة للتجمد كما فى العلوق الاعتيادى فحينئذ يظهر ان الحبل على الحبل
غير ممكن حينئذ امالو بقيت الرحم على حالتها التى كانت عليها قبل التلقيح لجاز
ان يحصل علوق جديد مدة سير الحمل الاول كما هو واضح قال المؤلف ولنذكر

زيادة على ما سبق من الامثلة مثال حمل خارج عن الرحم مكث ثلاث سنين وفي تلك المدة ولدت المرأة ولدا كامل الخلقة والاشهر وشاهد دا كليت امرأة ماتت بغتة فوجد فيها جنين خلف الرحم في تقعير الحوض وكان معها ايضا سوى ذلك جنين ثان في باطن الرحم نفسه

واما الرابع فان الرحم اذا كان مقسوما الى تجويفين بحاجز عمودي بينهما وانفتح كل منهما على حدته في اعلى المهبل كان من الواضح انه يصح ان يلقح بذرتان بينهما مسافة اعني ان يحصل حبل على حبل ومن ذلك امر ذكره ساتان ونقلته عنه القابلة بوافين وذلك ان امرأة سنها اربعون سنة ولدت بنتا وبحث في تجويف رحمها فلم يوجد شيء ومع ذلك بقيت بطنها منتفخة فوضعت بعد نحو سبعة وخمسين يوما ولدا جديدا

فالحبل على الحبل المسمى بذلك حقيقة ينبغي اختبار وجوده واقله انه ممكن فقد شوهد ان امرأة من شرلستوف مدينة من جزيرة من جزائر انتيلة بالاميرقة ولدت في يوم واحد توءمين احدهما اسود والآخر ابيض وذكرت في سبب ذلك انها في صباح يوم خرجت من حضن زوجها فرأت عبدا اسود من عبيده بيده طبنجة فراودها عن نفسها وخوفها فامكنته وشوهد ايضا ان جارية من جودلوب جزيرة من جزائر انتيلة ايضا ولدت ولدين كاملي الاشهر احدهما اسود والآخر كالمولد بين اسود وابيض وذلك لانها في مساء واحد جومعت من اسود وابيض وجارية اخرى ولدت ثلاثة اولاد وحدا اسود وواحد ابيض وواحد بينهما وخادمة بيضا ولدت في ولادة واحدة بنتا بيضا وولدا في غاية السواد وكان اتفق انه كان معها في المنزل من الخدم عبد اسود وخادم ابيض فلما سمعا بحملها هربا من المنزل واختفيا وذكر غرديان ما يشبه ذلك واذا كان ذلك الآن عند القسيس لوجيين محققا كان بيان كيفية حصوله في غاية السهولة وذلك لانه يصح تلقيح بذرتين احداهما بعد الاخرى في امرأة جومعت من اثنين او اكثر في يوم واحد او في مسافة يومين او ثلاثة اعني في اللحظة التي حصل فيها من تنبه الجماع الاول الملقح سكب لينفا في تجويف الرحم قابلة للتجمد يتكون منها عقب ذلك

الغشاء الساقط وايضا يمكن ان بذرتين احييا بجماع واحد ولكن لا ينزلان في تجويف الرحم معا بل ينزل احدهما بعد الآخر بزمن طويل وان كال بذرتين قد لا يكون في درجة واحدة عند انضمامهما بالاصل المجهز من الرجل وقد يتفق ان لا تنفصل احدى البذرتين من المبيض الا بعد مر عظيم فتبقى ملتصقة به بدون ان تنمو بسرعة كنمو اختها فلا تخرج من الحوصلة وتمر في البوق الا بعد مدة طويلة * قال المؤلف واتعجب من كون متأخرى الفسيولوجيين بل وبعض اطباء الطب الشرعى اختاروا ان الحبل على الحبل يحصل الى ان تصل البذرة للرحم ونازعوا في امكان حصول ذلك فيما بعد هذا الزمن وينبغى ان لا يسلم لهم ذلك في كلا الحالين معا فان اللينفا القابلة للتجمد اى الغشاء الساقط هى ايضا كالبذرة نفسها قادرة على ان تمنع ملامسة الاصل المنوى الذى من الرجل للذى من المرأة والمشاهدات التى سبق بعضها تؤكد ذلك كخروج علقة باغشيتها مع جنين كامل الاشهر وكذا جنين ابيض مع اسود واما الحالة التى ذكرها ماوون من ان امرأة ولدت جنينا كامل النمو حيا في كمال اشهره ثم وضعت آخر مثله قويا بعد ثلاثة اشهر من ولادة الاول فهذه يمكن ان تكدر علينا ما قلنا اذا لم تشرح حالتها * ومع ذلك لنا ان نقول ان الحبل على الحبل لا يمكن الا في امور * احدها في حالة الحمل خارج الرحم ثانيها في حالة ازدواج الرحم * ثالثها اذا جومعت المرأة في يوم واحد من رجلين مختلفين او من رجل واحد في ازمنة متقاربة وتنهى ذلك بقولنا ما دام تجويف الرحم غير مملوء بمادة ولم تنسد منها فوهة البوقين كان التلقيح الثانى مقبولا للعقل ويمكن ان يختار ان جميع ما قيل الى الآن في الحبل على الحبل ينسب لاحد انواع الحمل المضاعف

(التعليم الثالث)
(في فسيولوجيا الجنين اى وظائف اعضائه)

التغذية ودورة الدم والتنفس وقابلية المعيشة هى الوظائف الاربع التى يلزم البحث عنها في هذا التعليم

(الباب الاول)
(فى التغذية)

جميع الاراء التى ذكروها فى كيفية تغذية الجنين ترجع الى اصلين رئيسين احدهما ان غذاءه يكون من نفس البذرة وثانيهما انه يكون فى المجموع الدورى للام

(القسم الاول)
(فيما قالوه فى التغذية من نفس البذرة)

طالما اضطربت آراء المؤلفين فى تلك التغذية فيجعلون ذلك اما فى ماء الامنيوس اوفى المشيمة اوفى الحوصلة السرية اوفى السجقية اوفى هلام الحبيل السرى اوفى الغشاء الساقط

(الفصل الاول)
(فى التغذية بماء الامنيوس)

اقدم الاراء واميلها للطبيعة هو ان الجنين يتغذى من ماء الامنيوس ولهم فى بيان ذلك وجهان * احدهما ان هذا الماء مزدرد ومنهضم * وثانيهما انه ممتص من طرق مختلفة ثم تنازعوا فيما تنسب له تلك التغذية هل هى منسوبة للصفات المغذية التى فى هذا الماء اوللمادة اللبنية التى على حسب رأيهم محوية فيه دائما واستندوا فى رأيهم على ان الحيوانات الصغيرة التى تغمس فيه تعيش زمنا اطول مما اذا غمست فى الماء العام وانه يكون اكثر مقدارا وتحملا للاصول المغذية كلما كان الحمل اقل تقدما وان قوة تشرب الاسطحة الجلدية للجنين تكون اقل وضوحا كلما قرب ذلك الجنين لكماله وان بعض الاجنة ولد حيا بدون حبيل سرى

ولا حاجة لاطالة الكلام والمباحثة فى تلك الادلة نهاية ما ننبه عليه هنا هو انه لم يثبت ان الامنيوس مغذ فى ابتداء الحمل اكثر من آخره ولا ان الجنين يتشرب فى زمن اكثر من زمن آخر واما المشاهدات التى فيها عدم وجود الحبيل السرى اوتمزقه مع التحام طرفيه فهى بعيدة عن الحق غير جيدة

الشرح فلا يوثق بها واما من زعم ان تلك المياه تمتص بالسطح الجلدى وانه رأى اوعية لينفاوية مملوءة بسائل يشبه السائل الامنيوس وتمتلئ زيادة اذا غمس عضوها فى هذا السائل بعد ان فعل فيه اختناق فنقول له ما الذى ينتج من ذلك على فرض صحة المشاهدة اذ كثيرا ما توجد تلك الاوعية مملوءة دائما بمادة مصلية * وقد شوهد ايضا تمددها اذا انعطل سير الدم فى جزء من عضو او فى كله وبعضهم وهو دينبرو لذا استند على رأى بقراط وتمسك بان الجنين يتغذى بفمه لان له دائما معدة مملوءة بمادة لبنية ومعه فضلات فى الامعاء وانه بعد الولادة وقبل الرضاع يتقايا غالبا عصارة مبيضة وانه يمص الاصبع الذى يقدم له حتى فى باطن اعضاء التناسل ولا يخدم البطن للهضم اذا لم يكن معتادا من زمن طويل على ذلك ولقد اغرب هذا القائل حيث قال ايضا ان الجنين يأخذ غذاءه اولا من السائل المنوى المذاب ثم من العصارة اللبنية المحوية فى ماء الامنيوس ومن هذا القبيل ايضا ما ذكره هالير من انه كثيرا ما وجد السائل الامنيوسى فى معدة كثير من الاجنة وما ذكره هستير فى بقرة ميتة متجلدة فم جنينها ومريئه ومعدته مملوءة بقطع متجلدة متصلة بالسائل الامنيوسى وشاهد كثيرون كتلا حريرية فى العقى ولا يمكن ان تدخل هذه المواد فى القناة الهضمية الا بالازدراد وبعضهم شاهد الاوعية اللبنية مملوءة بالكيلوس وقد شوهد عن قريب جنين امعاؤه مقسومة قسمين قرب الاعور وكان معه فى الجزء العلوى من المعا المجاور للمعدة عقى واما الامعاء الغلاظ فكانت مسدودة بالكلية وذكر دوباس مشاهدة كانت فيها القناة الغذائية كانها مختنقة قرب البواب ولا تحتوى على العقى الامن اعلى الاختناق واتفق فى تجربة بكلار انه لون الامنيوس من كلبة بالحبر فوجده فى مرئ جنينها وبطنه بعد فتح بطنها ولكن نقول هذه الادلة غير منتجة لان بعضها غير مراعى فيه التدقيق والتحقيق وبعضها معارض بمشاهدات اخرى * قال المؤلف وقد شرحت جنينا كامل الاشهر فوجدت مريئه انتهى بالانسداد بالكلية عند وصوله للحجاب الحاجز بحيث لا يمكن دخول شئ منه ومع ذلك كان قولون مملوأ بالعقى ويعارض

ما قاله دبواس بمشاهدة للحكيم ببيت كان فيها المعاء منفصلا ومع ذلك كان مملوءا بالعقى * فالجنين مدة احاطته بالاغشية يكون فمه منسدا اقله الى اواخر الحمل وايضا فانه يلزم لاجل الازدراد فعل حركة اخذ النفس ورده وارتفاع الحنجرة وانخفاضها * وانظر للنمو الحاصل فى العديمى الرأس والفم والذين فيهم جميع فوهات الغشاء المخاطى منسدة مع ان قناتهم الهضمية تحتوى على العقى واما ما يوجد من الامنيوس فى المعدة فلا يلزم منه ان الجنين ازدرده وتغذى منه لان الغطاس يوجد فى معدته الماء بدون ان يشربه ولا حاجة لان نعارض من يقول ان الامنيوس اذا ذهب للمعدة يمتص منها اوانه كما زعم ديمبر بروك لابد من ان يكون انهضم قبل ذلك ولا من يقول ان جزأ منه ينزل من اعضاء تناسل الجنين اوانه يمتص ثم يحصل له تنوع فى الثديين ثم يذهب الى الغدة تموس والقناة الصدرية ولا القائلين ومنهم بكلارو وغيره انه يدخل فى القصبة الرئوية والشعب حتى ينضج ويخدم لتغذية الجنين فان هذا كله مما يمجه السمع والذوق

(الفصل الثانى)
(فى التغذية من المشيمة)

قال بعضهم ان تغذية الجنين تكون من المشيمة اقله مدة النصف الاخير من الحمل ثم ان بعض هؤلاء رأى ان المشيمة تأخذ من الرحم عصارة لبنية اى كيلوسا حقيقيا بواسطة قنوات لينفاوية مخصوصة فتنوعها وتنقلها الى اعضاء الجنين وبعضهم قال ان المشيمة لا تأخذ من الرحم الا الاوكسيجين فتتم وظائف عضو التنفس وتكون بمنزلة الرئة الفسيولوجية للجنين وكان الشعب والقصبة هى الشرايين الرحمية

(القسم الثانى)
(فى التغذية من الام)

تمسك كثيرون بان الطفل يتغذى وينمو بواسطة الدم الاتى له من الام لكن نقول هل المغذى هو الدم بطبيعته وكيفيته او ببعض من عناصره

وهل يمر باستقامة من عروق المرأة الى المجموع الدورى الذى للجنين وهل ينكب فى الجيوب المشيمية وهل اذا وصل للمشيمة يحصل فيه تغير به يصلح للتغذية كل ذلك غير ثابت

(الفصل الاول)

(فى وصول الدم الى الجنين بدون واسطة)

ظن هنتر وكثير من القوابل ان الدم يمر باستقامة من الام للجنين واستندوا فى ذلك على امور منها وجود عروق تذهب من الرحم للمشيمة وان ريب شاهد ان المشيمة تبقى على نموها وحياتها بعد خروج الجنين وان اتصالها مدة الحمل كبعد الولادة ايضا ولذا دائما نزيفا وان النزيف الكثير الرحمى يميت الجنين وانه شوهد سيلان الدم من الطرف المشيمى للحبل السرى وقت الولادة وان ماجندى وجد فى اجنة الحيوانات رائحة الكافور ولون البقم اللذين غذيت الام بهما وانه يوجد فوهات واسعة على السطح الباطن للرحم شاهدها كثير من المؤلفين وان احسن الوسائط لقطع النزيف الرحمى هو انقباض الرحم ورجوعها على نفسها وان المواد التى تحقن بها عروق الام تذهب الى اعضاء الجنين وانه شوهد تسمم جنين بافيون اكلته امه ومعارضة هذه الادلة واحدا واحدا تدخلنا فى ميادين الاطالة بدون طائل ونهاية ما نقول بعد اختيار ان الجنين يقبل الدم من الام هل يدخل هذا السائل فى الجنين بواسطة مسام او بواسطة الشرب او ان الرحم تسكبه على سطح المشيمة ثم تتشربه منها اصول الوريد السرى لكن يعارض ذلك ان الذى يظهر هو ان الدم لا يمر للبذرة بحالة باى كيفية كانت اقله فى الازمنة الاول من الحمل لان حمل السلى لا يحتوى على اوعية الا فيما بعد وليس جميع طوله مجوفا الى طرفه وايضا ثبت من تجربيات اوتنريث والمؤلف ان دم الجنين لا يكون منظره كدم الام ففى الابتداء يكون ورديا ثم يصير احمر ثم اسود وليس متخالف اللون فى الاوردة والشرايين ويحتوى على جزء من المصل اعظم مما يحتوى عليه دم البالغ فيكون اقل قابلية للتجمد وتركيبه بعيد جدا عن تركيب دم الام كيف وقد ثبت من

المشاهدات المكرسكوبية للعالمين الكيماويين بريفوت ودوماس ان كراة الدم في الجنين صغيرة جدا بحيث ان دم البالغ لا يمكن ان ينفذ في قنواتها ولا في فوهات تلك القنوات بدون ان يحدث خللا في جميع الوظائف وينتج الموت حالا

وبالجملة فتغذية الجنين تحصل من ينابيع مختلفة ففي الابتداء يكون كنبات يتشرب ما يلزم له من الرطوبة المحيطة به ويخلل سطحه الذي هو اسفنجي خلوي يأخذ من البوق اوالرحم اصولا مغذية كافية لنمو الحوصلات ثم بعد ذلك تتغذى العلاقة كما يتغذى الفرخ المحوي في البيضة او كما يتغذى النبات الصغير المحوي في فصوصه الوريقية فيأخذ شيأ فشيأ المادة المحوية في الحوصلة السرية حتى ينزحها او يتشرب على التدريج الجوهر المستحلبي الذي في الكيس الشبكي اى الجيب الحوصلي وحين يصل الى نهاية الشهر الثاني تتكون اوعية الحبل وتظهر تخاطيط المشيمة فتكفي تلك المشيمة لحفظ نمو الجنين فبملامستها للرحم تأخذ منها الاصول الصالحة للجنين وتشتغل فيها حتى يكون شكلها سائلا مشابها للدم فتجهز منه ما يناسب الجنين لتمصه اصول الوريد السرى كالكبد والكلية والخصية تأخذ من اوعيتها المخصوصة ما تتكون منه الصفراء والبول والمنى وكالاشجار والنبات تأخذ من الارض اصول المركبات الكثيرة التى تحتوى هى عليها

(الفصل الثاني)
(في الدورة الحقيقية في الجنين)

متى وصل الدم الى المشيمة باى كيفية كانت اجتاز اعضاء الجنين ليغذيها ولكن دورانه فيها الآن ليس كدورانه فيها بعد الولادة

(المبحث الاول)
(في هيئة أعضاء الجنين)

الحاجز الفاصل بين اذني القلب كامل في غير الجنين ومانع اتصال احدهما بالاخرى بخلافه في الجنين فانه مثقوب بفتحة تسمى ثقب بوتال وتكون اوسع

كلما كان الحمل اقل تقدما والشريان الرئوى قبل الولادة لا يرسل للرئتين الافرعين صغيرين وبقى مستطيلا مسمى بالقناة الشريانية حتى يصل الى الاورطى فينفتح فيها اسفل الشريان تحت الترقوة الايسر والفرعان الخثليان الآتيان من الشريانين الحرقفيين الاصليين لا يرسلان لاعضاء الحوض الا فريعات قليلة النمو ثم يرتفعان على جانبى المثانة والاوركوس مسميين بالشريانين السريين ويذهبان حتى يصلا الى الحبيل السرى ومما يخالف فيه الجنين غيره ايضا كونه يحتوى على وريد سرى اذا دخل فى البطن اتجه من الامام الى الخلف ومن اسفل الى اعلى وقليلا من اليسار الى اليمين حتى يصل الى الشق المستطيل الذى فى الكبد فيجتاز فيه مرسلا من هنا وههنا فروعا لفصوص الكبد فاذا وصل ذلك الوريد للشق المستعرض الكبدى انقسم الى جذعين احدهما يسمى بالقناة الوريدية اوقناة اونسيوس تضيق كالقناة الشريانية كلما قرب زمن الولادة ويظهر كأنها امتداد للوريد الاصلى وتذهب حتى تنفتح اعلى الحجاب الحاجز فى جذع الاجوف السفلى الذى فتحته الاذينية يحيط بحافتها صمام عريض يسمى صمام اوستاخيوس وثانيهما الذى يتكون منه الفرع الايمن للوريد الباب يدخل فى الكبد ويتفرع حتى يتفمم مع اصول الاوردة الكبدية التى كما فى غير الجنين تنفتح فى الوريد الاجوف اعلى عن القناة الوريدية بقليل

(المبحث الثانى)

(فى سير الدم)

يشاهد على حسب ما ذكرناه من حالة الاعضاء ان سير السائلات يلزم ان يكون اكثر تضاعفا فى الجنين منه فى غيره فالدم يمر من فريعات الوريد السرى لفروعه ثم فى الجذع المنتفخ قليلا من هذا العرق الكبير فيجتاز الحبيل وينفذ من السرة فاذا وصل الى اسفل الكبد انفصل الى عمودين رئيسين احدهما يتبع القناة الوريدية ليختلط بدم الوريد الاجوف السفلى وثانيهما يتبع الفرع السرى للوريد الباب ليتفرع فى الفص الايمن للكبد ويرجع فى الاخير

الى الاوردة الكبدية التى تصبه فى جذع الوريد الاجوف عند ما ينفذ من الحجاب الحاجز فهنا الذى يتكون منه ثلاثة عواميد عمود القناة الوريدية وعمود الشرايين الكبدية والعمود الذى يحمله الوريد الاجوف من النصف السفلى للجسم وتنضم تلك العواميد وتدخل كلها معا فى الاذن اليمنى ثم فى ثقب بوتال ثم فى الاذن اليسرى ثم ينصب الدم من هذه الاذن فى البطن المحاذى لها اعنى الايسر فيطرده ذلك البطن بواسطة الاورطى فى جميع اجزاء الجسم ولاسيما فى الرأس والاطراف الصدرية بواسطة الجذع العضدى الرأسى والسباتى وتحت الترقوة الايسر

وبعد ان يفقد من الدم فى المنسوجات الاصول المغذية المتحلل لها يرجع بواسطة الاوردة الوداجين والابطيين الى الاوردة تحت الترقوة ثم للوريد الاجوف العلوى الذى يقبل ايضا دم الوريد الفرد ثم من الوريد الاجوف العلوى الى الاذن اليمنى ومنها الى البطن الايمن ومنه الى الشريان الرئوى الذى لا يعطى الا عمودين صغيرين للرئتين ويمر بالباقى فى القناة الشريانية ليدخل فى الاورطى النازلة وهناك يجتمع مع جزء من الدم الذى دفعه فيها البطن الايسر فالذى يصل منه الى الحرقفيين الاصليين يتوزع جزء منه فى الاطراف السفلى بواسطة الشريانين الحرقفيين الوحشيين ويرجع بكمية عظيمة للحبيل السرى بواسطة الشريانين السريين وللمشيمة حيث ذهب منها اولا

(المطلب الاول)

(فى سيره فى القلب)

ظن هالير وسبنيرور يشيران وغيرهم ان دم الاجوف العلوى ودم الاجوف السفلى لا يختلطان بوجه من الوجوه فى الاذن اليمنى وانما يذهب دم الوريد الاجوف الصاعد اى السفلى كله الى اليسرى ودم الاجوف العلوى كله للبطن الايمن وهذا عكس ماذهب اليه بيشا واما ماجندى فلم يوافق احدا منهم حيث قال يعسر ان يفهم ان عمودين من سائل يمكن ان يمرا فى تجويف واحد بدون ان يختلطا فان الاذنين ينقبضان معا لا ان احداهما تنقبض بعد الاخرى

ولا يقرب

ولا يقرب للعقل ان الدم الحي المجهز بالوريد السرى يذهب كله فى النصف العلوى من الجسم وان الدم الوريدى هو الذى وحده ينتشر فى النصف الآخر ومع ذلك يمكن ان يجاب بان الاجوف السفلى الذى يعلوه صمام اوستاخيوس يظهر كونه يتصل بثقب بوتال فيذهب كله للاذن اليسرى بدون ان يختلط بدم الاجوف العلوى لوجود الفاصل وهو الصمام فلا يصح ان نقول انه ينفتح فى الاذن اليمنى ونسكت واما الاجوف العلوى فينفتح فى الاذن اليمنى نفسها تجاه فتحة البطن الايمن فى مسطح كائن امام الاجوف السفلى بقليل فصح ان يقال ان دم هذين العرقين يمكن بالتحقيق ان يمر جزء منه فى الاذن اليسرى وجزء فى البطن الايمن بدون ان يختلطا وانقباض الاذنين معا يظهر انه لا يعارض هذا المرور لان وصول دم الاجوف السفلى للاذن اليسرى بواسطة ثقب بوتال لا يكون مدة انقباض هذين التجويفين وكذلك وصول دم الاجوف العلوى فى الاذن اليمنى واذا كان امتلاؤهما من سائلهما الخاص فى وقت الانقباض فما الذى يمنع من كون كل منهما يوصل الدم للبطن القلبية المحاذية له بدون اختلاط فاذن يمكن ان لا يختلط فى الاذن اليمنى الا مقدار من الدم الذى صبه الوريدان الاجوفان فيها على اننا لا نظن ان الرأس والطرفين العلويين لا يقبلان الا الدم الآتى للقلب بواسطة الوريد السرى وفروعه ولا ان البطن والاطراف السفلى لا تتغذى الا من دم الوريد الاجوف العلوى وذلك اولا انه ليس بصحيح ان يظن ان الدم الذى يدفعه البطن الايسر فى قوس الاورطى يمر فى الشريانين السباتيين والشريان تحت الترقوة بدون ان ينزل جزء منه فى الاورطى البطنية وثانيا انه لو حصل ذلك لم يكن هذا الدم اتى منه وقت خروجه من المشيمة لان الدم الوريدى للاطراف والبطن اختلط به ضرورة وهذا الاختلاط كان تاما فى طفل شرحه الحكيم لنوار وكانت القناة الشريانية فيه مفتوحة فى الشريان تحت الترقوة الايسر الذى كان ناشئا من جذع مشترك بينه وبين السباتى المحاذى له مع انه لم يكن هناك شئ مخصوص فى الحجم النسبى للاجزاء المختلفة من الطفل على ان ذلك لا يمكن انكاره فى جميع ازمنة

الحياة مع كثير من الحيوانات كالهوام مثلا ونحن ملزومون باختياره ايضا في الاشهر الاول من الحياة داخل الرحم لان صمام اوستاخيوس يبقى مدة الحمل فاصلا مدخل الاجوفين في الاذن

فالدم الذى يجتاز فى الابهر النازل ليس هو دم القناة الشريانية فقط بل فيه ايضا دم الاجوف السفلى ولنزد على ذلك ان بحث الحكيم مرتان فى نمو قلب الجنين البشرى والحيوانى الفقرى اداه لان تمسك بان الدم اذا وصل للاذن اليمنى يتحد مع دم الاجوف العلوى قبل ان يصل الى الاذن اليسرى التى يجتمع فيها هناك مع دم الاوردة الرئوية وبموجب ذلك يكون ما تمسك به بيشا اقرب الى الحقيقة مما تمسك به سبتيير

(المطلب الثانى)

(فى سيره فى المشيمة)

توهم بعضهم ان الدم المحمول بالشرايين السرية تأخذه الاوردة الرحمية وتذهب به ليحيى فى رئتى الام قبل ان يرجع للجنين وظن بعضهم انه لا يتشرب الا جزء منه والباقى يمر بدون واسطة فى الاوعية الشعرية للوريد فكأن هناك دورتين دورة كبيرة تكون كامها تحت تأثير قلب الام ورئتيها ودورة صغيرة وهى التى تنسب فى الحقيقة للجنين ولكن ما قلناه فيما سبق كاف فى الحكم على هذه الاراء والنظر فيها فيكفى ان يتذكر هنا انه لاجل اختيار ما يسمى بالدورة الكبيرة ينبغى ان تكون ضربات الجنين مساوية لضربات الام مع ان الاستماع يدل على ان هذا التساوى غير موجود وان قلب الجنين يضرب اسرع من قلب اغلب النساء بالنصف

فاذا انصب دم الشرايين السرية فى الكهوف المشيمية اختلط كما هو واضح مع دم الشرايين الرحمية فيلزم حينئذ ان يفرض ان الفوهات الماصة للوريد السرى فيها قوة على ان تختار من هذا المخلوط الدم الشريانى واما الاوردة الرحمية فلا تأخذ الا الدم الوريدى وما عدا ذلك مواد الحقن التى تمر بسهولة من الشرايين الى اوردة المشيمة بدون ان ينسكب منها شئ على سطحها الرحمى

مستنتج

يستنتج منها ان دم الجنين لا يأخذه الرحم بحالته التى كان عليها والعروق الرحمية المشيمية التى ذكرها بعض المؤلفين لا تبطل بوجه من الوجوه هذه القضية فان التوضيحات التى شرحوها بها متضادة فقال بيانسينى انها قنوات تقرب لان تكون شعرية ووجد بودلوك فى كثير منها ما حجمه كريشة غراب وانها تنتهى بغتة فى المشيمة بدون ان تتفرع وشاهد هنتير ودبواس كثيرا منها كذلك وعلى رأى آخرين انها نادرة المشاهدة غير منتظمة ومتعوجة ولا يحصل فيها تقسيم اولى ولا ثانوى فى دخولها فى المشيمة حيث تسير فيها بانحراف حتى تدخل فى عمقها بعض خطوط وقيل انها عروق تنتهى بحاجز مسدود كالتى سماها استرولك بالاوردة العوراء فمع هذه الاختلافات كيف نقول حينئذ بتقممها مع الاوعية الشعرية للمشيمة وبالجملة فتحقيقها يحتاج لبحث جديد * ونزيف الدم من الحبل السرى بعد الولادة هو الدليل الذى ينفع فى هذه المسألة اى مسألة العروق الرحمية المشيمية فقد اتفق ان بنتا ولدت وحدها فجاء جراح فوجدها مشرفة على الموت وعرف ان معها نزيفا من الوريد السرى فربط الحبل فامتنع النزيف واتفق لسوليريس ثلاثة احوال مشابهة لذلك ربط فيها الحبل فحصل المراد وبودلوك احسن النظر فى ذلك فانه بعد ان ربط الحبل وانقطع الدم ازال الرباط فعاد النزيف ووقع لشفرول من ذلك ثلاثة احوال وذكر انه لم يمكنه قطع النزيف الا بربط الحبل * قال المؤلف ما حاصله وهذه المشاهدات وان كانت صادرة من اشخاص ذوى معارف وقلوب صادقة لم يرتابوا فى مشاهداتهم الا انها لا تفيد التحقيق لشخص اتعب نفسه فى دراسة انتظام الفروع الوعائية للمشيمة مع غاية الانتباه وازيد على ذلك ايضا ان مارسون شاهد فى جنين خرج كله بعد كمال اشهره استدامة دورة الدم مدة ساعة بدون ان يحصل ادنى انسكاب على سطح المشيمة على انه لا يؤخذ من هذا ان دم الشرايين يدخل فى الوريد السرى بدون ان يحصل فيه تغير وانما يؤخذ منه ان هذا التغير الذى يحصل فى الاجزاء الدقيقة يكون فى المشيمة نفسها وهذا النضج الذى شبهه هملتون بالافراز وان كان مجهولا فى ذاته

الا انه لا ينكر ويصح ان يشبه بالنضج الذى يفعله المجموع الشعرى العام فى الدم بعد الولادة وبالذى يحصل فى الاعضاء المفرزة وفى الرئة نفسها فسائلات الجنين تلامس بالواسطة سائلات الام وفى هذه اللحظة التى لا تنضبط يحصل بينهما تغير لعناصرها كما يحصل ذلك فى الشعب الرئوية بين الهواء الجوى والدم الوريدى الذى فى الرئة والى هنا قصرت معارفنا فلا نزيد على ما قلناسابقا الا ان العروق الرحمية المشيمية لا وجود لها

(المطلب الثالث)
(فى سير الدم فى كبد الجنين)

عظم حجم كبد الجنين فى بطن امه جعلهم مدة طويلة على ظن انه العضو المدم اى المنضج للدم فيحدث فيه تنوعا ولذلك ظن بريفوس ودوماس ان الكرات الاولية الدموية للجنين تظهر اولا فى الكبد * وقال بعضهم انما قبل الكبد مقدارا عظيما من الدم وعظم حجمه لاجل ان يفرز مقدارا كبيرا من الصفراء اذ اصبت فى المعاء الدقيق احدثت فيه تكون مقدار كبير من مادة مخاطية يهضمها الجنين ويوجبها بنموه ونتج من تجربيات ليه الانقليزى ان منفعة الكبد هو ان يفرز كثيرا من مادة زلالية مغذية تملا القنوات الكبدية والاثنى عشرى والمعا الدقيق بخلاف المعدة والمعا الغليظ فان الاول منهما يكون فيه سائل حمضى والثانى عقى ونحن نقول جميع ما ذكر انما هى امور افتراضية غير محققة يسهل ابطالها او بعضها وان كان مؤسسا على امور واقعية وتجربية الا انه محتاج لتقويه ومشاهدات جديدة ففعل الكبد فى دم الجنين غير معروف الى وقتنا هذا والله الفتاح

* * (خاتمة) * *

لنختم هذا الفصل بالتغيرات التى تحصل فى دورة الجنين فى اواخر الحمل وفى مدة الطلق وعند الولادة فنقول * ما دام الجنين فى بطن امه تتم دورة الدم بالمسالك التى ذكرناها وكلما تقدم الحمل وقرب الجنين لكمال نموه ضاق تقريبا ثقب بوتال والقناة الشريانية فلا يمر منهما الا مقدار يسير من الدم واما معظمه فيذهب

الرئتين ويكون ذلك هو ابتدآء التغيرات المهمة التي يلزم ان تحصل فيما بعد ثم في ابتدآء الطلق ينقص حجم العروق الرحمية المنضغطة من انقباضات العضو فلا تنقل للمشيمة الا مقدارا قليلا من الدم ثم تنقطع الدورة بين الام والجنين اما بانفصال المشيمة من الرحم او لقوة الضغط عليها فلا يحمل الوريد السرى للجنين الا قليلا من الدم الذى اخذه من الشرايين السرية * ومتى ولد الجنين حصل التنفس واتسعت الرئتان وصارت الدورة فيه كما في غيره فينسد ثقب بوتال والقناة الشريانية والاوعية السرية وتظهر كيفية اخرى للدورة مرتبطة بتنفس الطفل تدوم بدوامه وتنقطع بوقوفه

(الباب الثانى)
(فى تنفس الجنين)

هذه الوظيفة غير موجودة في الجنين لعدم وجود هواء في باطن الام والهواء لازم للتنفس لكن لما ظهر لهم ان امتصاص الهواء او الاوكسجين لازم لحفظ حياة الكائنات الآلية اجتهدوا في اثبات ان جميع الحيوانات سواء البشر وغيرهم تتنفس مدة وجودها في بطون امهاتها * ففى النوع البشرى قيل ان المشيمة تأخذ الاوكسجين من دم الام عندما يزول من دمها كثير من عناصره المختلفة الطبيعية كجزء من مصله مثلا وهذا الرأى قديم وله من يؤيده الآن نعم يصح لاجل ان يعرف التغير الذى يحصل للدم في نفوذه من المشيمة ان يقابل هذا العمل بالتنفس مقابلة قهرية فالدم اذا دخل في الوريد السرى يحصل فيه تنوع ولابد لكن لا يكون اكثر احمرارا من الدم الذى في الشرايين فلا يقربه ذلك التغير من الدم الذى يمر من الشرايين للاوردة الرئوية واختار بعضهم ان الجنين يتشرب الهوآء بجميع سطح جسمه بواسطة مسام كما في الحشرات او بالطرق الرئوية التي يصح ان تشبه بالخياشيم فيتنفس كالاسماك لكن نقول ان الغاز الذى اجتناه لاسينوس في تجربياته لم يجده مركبا الا من حمض كربونيك وازوت فاظن انه لا بأس ان نؤكد ذلك من جديد ان الشقوق التي زعموا وجودها في هذه الازمنة الاخيرة نحو الاقسام

لذكيفية لاوجود لها وتمسك بعضهم بان الرئة لها دخل فى ماء الامنيوس فتنفصل منه الهوآء اوعنصرا غيره فتفعل فعلا شبيها بالتنفس واثبت آخرون ان السائل الامنيوسى يملأ القصبة الرئوية والشعب للجنين وشاهد بكلار مثل ذلك فى اجنة كلبة ملتفة باغشيتها وتفعل حركات تمدد وانقباض فى اجنحة الانف وفى الصدر ويؤيد ذلك ايضا سماعهم صياح الجنين فى بطن امه لكن قد ذكروا انه وجد فى القنوات الهضمية وفى الرئتين فى جنين ميت ماء الامنيوس وحفظ بوفون وغيره حياة اجنة من الحيوانات بوضعها فى ماء الامنيوس وشاهد اوريندير دوام حياة جنين مدة من عشر دقايق الى خمسة عشر خارجا عن الرحم مع ان اغشيته لم تنفجر غير انه لم يشاهد حركة التنفس التى ذكرها بكلار *قال المؤلف اما انا فقد شاهدت امرا واقعيا يوضح هذه المسئلة وذلك ان امرأة مكثت بعض ايام بمارستان باريس وادعت انها حامل منذ ستة اشهر كاملة فاتفق انها ولدت بغتة وخرج الجنين كله وتلقاه مساعدى فحمل الى حالا فوضعته فى اناء كبير مملوء بماء فاتر وكان يظهر من حال الجنين انه لم يكن له اكثر من خمسة اشهر ونصف فتركت الاغشية سليمة ومكث الجنين فى الماء حيا مدة ست وثلاثين دقيقة وبحثت فى الانف والفم والبطن والصدر مع غاية الانتباه فلم اشاهد حركة فى الصدر ولا فى غيره وانما رأيت فى الصدر رعشة خفيفة ناتجة من ضربات القلب هذا ما شاهدناه ونؤكد لك ايضا ان ماء الامنيوس لا يدخل فى القصبة ولا فى المعدة.

(الباب الثالث)
(فى صياح الاجنة فى الارحام)

قد ذكروا امثلة كثيرة فى الحيوانات وفى النوع البشرى ايضا لصياح الاجنة فى بطون امهاتها وسموه بالصياح الرحمى غير ان هذه الامثلة من خرافات العامة نعم اذا انفجرت الاغشية وسالت المياه واتسعت الفوهة ودخل وجه الجنين فى تقعير الحوض جاز ان يتنفس الجنين ويخرج منه صياح قبل ان يندفع كله الى الخارج لكن ربما منع ذلك الضغط والحصر على صدره *قال المؤلف

وقصارى الكلام فى هذه المسألة هو انه اذا ثبت ذلك بمشاهدات جملة من فضلاء الحكماء اعتقدت حصوله ايضا موافقة لهم لكن لو سمعته بنفسى لما وثق قلبى به لما هو محقق عندى من استحالته فلو كان الجنين يتنفس حقيقة وينفذ الهواء فى رئتيه لكانت الرئتان قابلتين لنفوذ الاشياء فيهما مع انهما عند الولادة تكونان كما هو معلوم مندمجتين ثقيلتين كقطعة من منسوج عضلى

(الباب الرابع)
(فى قابلية الجنين للمعيشة)

قابلية الجنين للمعيشة معناها فى الطب الشرعى امكان اجتياز الجنين الادوار المختلفة للحياة البشرية ويلزم لكون الطفل متصفا بهذه الصفة ان يكون معه عند الولادة استعداد طبيعى لان يعيش غير متعلق بامه فيعلم من التعريف ان الجنين المولود بعد كمال اشهره قد لا يكون قابلا للحياة اذا كان مصابا بعيب فى التكون او بمرض من الامراض وان الجنين قد يولد وهو قابل للحياة وان مات فى لحظة خروجه من بطن امه فان قيل ما الزمن من الحمل الذى يمكن فيه ان يكون الجنين قابلا للمعيشة نقول فى اربعة اشهر ونصف او نهايته ستة اشهر على رأى بعضهم او انه لا يتمتع بالقابلية الحقيقية الا فى الشهر السابع والقانون عندهم ان الطفل المولود قبل مائة وثمانين يوما من وقت بناء الزوج بزوجته يجوز للزوج ان ينفيه عنه لهذا اشتهر كونه قابلا للحياة فيقول بالنص ان قابلية الحياة تبتدأ مع الشهر السابع وهذا القانون بالنظر للامر الشرعى من الحكم الجليلة وليس شئ اعدل منه لكن لا يدل بوجه من الوجوه على ان الجنين لا يكون ابدا قابلا لذلك قبل آخر الشهر السادس ولا انه يكون دائما قابلا فى ابتداء السابع فالذى يدلنا على قابلية المعيشة للجنين هى درجة الاتقان الذى وصل له لا زمن الحمل ولما كان نمو الجنين غير ثابت الحال جاز ان يكون الطفل ذو الثمانية اشهر اقل كمالا فى هذه القابلية من طفل له سبعة اشهر وهنالك مشاهدات كثيرة تدل على ان بعض الاجنة ولدوا صغار

الجسم جدا بل منهم من ولد لاربعة شهر اونصف ثم صاروا اشخاصا اقوياء اشداء
وقد اشتهر تاريخ فورتونيوس الذى حكاه ونزيتسان فان امه ارتعبت من
اضطراب البحر وهى مسافرة فوضعته قبل السادس من حملها وكان حجمه
لا يبلغ الكف وقربه ابوه لحرارة تنور ليعيش بذلك وما مات هذا الطفل حتى بلغ
تسعا وسبعين سنة وآخر ذكره بروزيت ولد فى الشهر الخامس من الحمل وعاش
الى تسعة اشهر بغير رضاع وبدون ان يخرج منه شئ اوان يفعل حركة اخرى
غير حركة ازدراده بعض نقط من اللبن تلقى فى فمه وبعد ولادته باربعة اشهر صاح
دفعة واحدة ورضع وحرك اطرافه بحيث انه فى ستة عشر شهرا صار اقوى
من الاطفال الذين بلغوا هذا السن عادة وذكر كردان ان بنتا ولدت
فى السادس وكانوا يضطرون لاجل غذائها ان يصبوا اللبن فى فمها بواسطة
قمع ومع ذلك مكثت حية زمنا طويلا واسجبيل ذكر رجلا كان ولد فى ابتداء
الشهر السادس والتزموا ان يلفوه فى قطن مدة تزيد على ستة اسابيع وذكر
مونطوس ان نديم الملك هنرى الثالث ولد فى خمسة اشهر وذكر كثير من
المؤلفين امثلة من ذلك ومن المشهور ايضا بالقابلية فيما سبق شخص يقال له
بليتيه بمدينة تنسى بفرانسا وما كان وزنه عند ولادته الا رطل واحد وتمثاله
موجود من شمع بمدرسة الطب بباريس واختار شوسيه وارفيلا وغيرهما
انه ليس شئ من المشاهدات التى ذكرها المؤلفون يفيد القطع بان الجنين يكون
قابلا للحياة قبل الشهر السابع * قال المؤلف ولا اوافقهم على عدم امكان ذلك
ثم ذكر مشاهدات تقوى كلامه واستنتج منها ان قال ليس بصحيح ان يقال قولا
مطلقا ان الطفل الذى يولد قبل الشهرين الاخيرين من الحمل يلزم ان يعتبر
كونه غير قابل للمعيشة وقرر ميلى ما يقوى كلامى وايد بادلة كثيرة يعسر
نقضها الآن وانما يكون الجنين قابلا للمعيشة اذا كان ناميا كفاية بحيث يمكنه
ان يحرك اطرافه ويصيح ويتنفس بسهولة ويكون رأسه مغطى او ابتدأ
فى ان يتغطى بشعر وجلده غير شفاف ومغطى بزغب وعلى سطحه طلاء دهنى
ومعظم عظام الجمجمة متلامسة الحوافى فتكون الدروز واليوافيخ فى رأسه

ضيقة ويخرج منه العرق والبول وتكون مجاورة الاجزاء المختلفة من جسمه واقطارها قريبة لما يشاهد طبيعة فى التمام الاعتيادى لا ان قبوله للمعيشة بسبب كونه كمل له سبعة اشهر او اكثر فيقتضى ذلك ليست العلة لعدم قابليته لذلك كونه ولد قبل الشهرين الاخيرين من حمله وانما العلة هى عدم الصياح وضعف التنفس والحركات وعدم امكان مسكه حلمة الثدى وعدم تفريغه عقيه وبوله ورخاوة عظام الجمجمة وتباعدها عن بعضها وعدم وجود الشعر او قلته جدا وشفافية الجلد ولونه الاحمر وعدم وجود الطلاء الدهنى وقلة سموكة الاظافر ونحو ذلك مما يدل على ان اعضاءه بعيدة عن درجة الكمال اللازم لحفظ الحياة الظاهرة

وذهب بقراط وغيره من القدماء الى ان الطفل يكون اكثر معيشة وحيوية فى سبعة اشهر منه فى ثمانية اشهر وعلل ذلك بيوس بان الطفل فى سبعة اشهر يكون اقوى مما اذا كان فى ثمانية والحركات التى تحصل من الطفل تكون قوية نحو السابع فظنوا من ذلك ان الولادة تكون معجلة وكثيرة الحصول فى هذا الزمن اكثر من غيره واستنتج القدماء من ذلك ان الشهر السابع انتهاء طبيعى للحمل فاذا جاوزه الجنين لم يمكن ان يولد قبل تمام التاسع بدون خطر ولكن ليست علة هذه القضية المزدوجة واضحة نهايته ان الامر الواقعى هو انه كما قال دبواس اذا حصلت الولادة بسبب اضطراب الجنين اضطرابا عنيفا كما يحصل ذلك كثيرا فى الشهر السابع واتسع عنق الرحم مع بطئه وانتظامه الاعتيادى كان الخطر الذى يحصل له اقل مما اذا حصلت ولادته فى الشهر الثامن بسبب سقطة او عارض آخر لان الولادة المعجلة فى الحالة الاولى كانها طبيعية اما فى الحالة الثانية فمنزلة الاجهاض اى الاسقاط

(التعليم الرابع)
(فى نهاية الحمل)

مدة الحمل فى النوع البشرى غالبا تسعة اشهر او نقول وهو الاحسن مائتان وسبعون يوما وقال ارسطاطاليس مدته فى النوع البشرى سبعة اشهر وثمانية

وتسعة وعشرة والاخيرة هى الاكثر فى العادة وربما مكث الحمل الى ابتداء الحادى عشر انتهى وذكر بلينوس ان الحمل قد يدوم سنة كاملة وزعم ريولان انه شاهد دوام الحمل اثنى عشر شهرا اوثلاثة عشر واربعة عشر وخمسة عشر بل وثمانية عشر ويقال ان مدة الحمل تختلف باختلاف الاقاليم ونحن نجعل التسعة اشهر هى الاكثر فى العادة وان الزمن الذى جعله الله للحمل يكون من السابع الى الحادى عشر وان الزيادة على العاشر نادرة

(الباب الاول)
(فى الميلاد المتأخر)

زمن نهاية الحمل فى البهائم مختلف كما علم ذلك بالمشاهدات الصحيحة ومثل ذلك النساء ولعل ذلك ناشئ من اختلاف اعتياداتهن وامزجتهن ومن الامثلة الدالة على ذلك ماذكره دبرزموس فى امرأة ذات ثلاثة اولاد اختل عقلها بسبب حصول حمى ثقيلة لها واستعمل لها جميع الوسائط الصحية والعلاجية بدون منفعة فتوهم طبيب من الاطباء انه اذا حصل لها حمل جديد جاز ان ترجع لها قواها العقلية فرضى زوجها بذلك وصار يقيد اليوم الذى يقع فيه الوقاع ويجعل بين كل وقاعين ثلاثة اشهر حتى لا يحصل تكدر فى العلوق وكانت تلك المرأة محفوظة بخدمها وعندها ديانة واخلاق جميلة تحملها على العفة والصيانة ولم تحصل ولادتها الا فى تسعة اشهر ونصف شهر وقد وقع للاطباء ايضا بحث وتفتيش عظيم فى ذلك ومع ذلك لم يتوافقوا على زمن ثابت للوضع واستنتج مورسوس من ابحاث كثيرة ان زمن الحمل يختلف من ستة اشهر الى احد عشر شهرا وثمانية ايام وذكر دويس امرأة ولدت فى ثلاثمائة وثلاثة وثمانين يوما وامثلة التأخير كثيرة ويمكن ان نستنتج منها ان الميلاد المتأخر لا ينكر ولا يمكن تحديد نهايته مع ان هذا المبحث عدم منه ما هو اهم للفسيولوجيين وهو ما يقال هل يعيش الجنين فوق التسعة اشهر فى بطن امه والى كم تنتهى معيشته

(الباب الثانى)

(فى الميلاد المعجل)

اذا كان من المعلوم لنا ان الثمار تنضج فى بعض الاقاليم قبل ان تنضج فى غيرها وان الاقوات قد يعجل حصادها فى بعض البلاد وان الازهار قد تبرز والاستنبات قد يتقدم وفقس بيض الدجاج يختلف من ثمانية عشر يوما الى خمسة وعشرين وان الهرة التى مدة حملها تسعة اسابيع قد تلد قبل ذلك بتسعة ايام وان اربع عشرة بقرة من مائة واثنتين وستين ولدن فى مائتين واحدى واربعين يوما الى مائتين وستة وستين يوما وان ست افراس من مائة واثنتين ولدن من ثلاثمائة يوم واحد عشر يوما الى ثلاثمائة وستة وعشرين يوما مع ان وقت وضعهن الاعتيادى ثلاثمائة وثلاثون يوما فلاى شئ لا تكون مدة الحمل فى النساء قابلة لان تتقدم او تختصر مع انه لا يجهل احد ان بعض الاجنة قد يكون اكثر نموا وقوة فى ستة اشهر من آخر له سبعة اشهر او اكثر وان بعضهم عند الولادة التامة الاشهر قد يكون اقل حجما وطولا من آخر لم يكن الا فى شهره السابع او الثامن وان النمو الذى يحصل للطفل بالنظر لذلك كثير الاختلاف وان التغيرات التى تحصل فى بنية الرحم من وقت التلقيح تظهر فيها قوة مشابهة للقوة التى توجد فى العضلات وانه مع قلة العوارض لا تحصل الولادة الا اذا وصلت هذه القوة لدرجة مناسبة حتى ان الرحم تنقبض بالقوة الشديدة القابلة لها فمن اللائق ان يختار ان اجتماع مثل هذه الشروط قد يحصل قبل تمام الشهر التاسع وان العقل لا يرفض امكان تعجيل الميلاد حتى وان كان هناك امور لا تزيل الشك فى ذلك

(الكتاب الخامس)

(فى الجزء العملى اى التوليد)

(التعليم الاول)

(فى الولادة الغير الطبيعية)

الولادة اعنى خروج ما نتج من العلوق الى الخارج تسمى باسماء مختلفة على

حسب كونها تحصل فى غاية كمال الاشهر او قبله ففى الحالة الاولى تسمى بالولادة الحقيقية وفى الحالة الثانية تسمى بالولادة الكاذبة او بالاسقاط او الولادة قبل اوانها

(الباب الاول)
(فى الاسقاط المسمى ايضا بالاجهاض)

اذا اندفع الجنين فى الاشهر الستة الاول من الحمل سمى ذلك بالاجهاض وبالاسقاط وبالولادة الكاذبة فعلى رأى ارسطاطاليس اذا خرج الجنين قبل اليوم السابع من العلوق سمى هذا العارض نزيفا واذا خرج بعد ذلك وقبل اربعين يوما قيل ان المرأة مجروحة غير ان ذلك كله قد هجر الآن وسمى الكل باسم الاسقاط

(القسم الاول)
(فى كيفية حصول الاسقاط)

(الفصل الاول)
(فى كثرته)

شاهدت القابلة لشبيل فى احد وعشرين الفا وتسعماية وستين حملا ماية وستة عشر سقطا وعلى رأيها ان الاسقاط يكون اكثر فى ستة اشهر ثم فى خمسة ثم فى ثلاثة ثم فى غير ذلك من الازمنة واما ديرزموس والمؤلف ومعظم المتقدمين ايضا فخالفوا ذلك وقالوا ان الاسقاط يكون اكثر كلما كان الحمل اقل تقدما وظن مرجانى ان اكثر الاسقاط يكون من الاناث وتبعه على ذلك ديرزموس وقال اذا ظن العامة خلاف ذلك فذلك لكون تمييز الذكور عن الاناث فى الابتداء عسرا بل ربما تعذر ذلك واما ما زعمته القابلة لشبيل من كونها شاهدت ان الاكثر من العلقات اناث ومن الاجنة ذكور فهو غلط وبالجملة يظهر ان اكثر السقط يكون من الاناث كلما كان الاسقاط اقرب الى العلوق

(الفصل الثانى)
(فى اسبابه)

يظهر ان الاسباب لم توضح جيدا الى وقتنا هذا ويصح ان تقسم الى اسباب بعيدة واسباب قريبة اوالى اسباب مولدة واسباب متممة والاسباب القريبة اوالمولدة تقوم من الانقباضات الرحمية المساعدة بالحركات العنيفة التى لعضلات المرأة والاسباب المتممة يلزم ان تقسم ايضا الى مهيئة والى محدثة

(المبحث الاول)
(فى الاسباب المهيئة)

الاسباب المهيئة للاسقاط قد تنسب للمرأة وقد تنسب للبذرة فبالنسبة للمرأة بعضها ينسب لاستعداد عام فى بنيتها وبعضها لحالة مخصوصة باعضاء تناسلها على الخصوص

(المطلب الاول)
(فى امراض المرأة المسببة للاجهاض)

الحالة العامة للمرأة * اكثر النساء اسقاطا الممتلئات من الدم والحيض بكثرة وبدون انتظام والقابلات للتهيج وللاحساس الكثير والعصبيات والمصابات بالاختناق الرحمى والالينفاويات والشقر والضعاف والمصابات بالامراض سيما الزهرى والاسكربوط اى الحفر وآفات العظام وذوات الحوض المعيب اومن عندهن آفة عضوية اومرض مزمن اوربو اواستسقاء اوسرطانات والرديئات التغذية واللواتى يشددن على بطونهن اويضيقن ملابسهن وكذا السمان اذا لم يكن عقيمات ومن الاسباب ايضا البلاد الاجامية الرديئة الصحة وبعض امزجة الجو كاذكر ذلك بقراط وشوهد فيما بعده كثيرا فان هذه قد تصير الاسقاط جنسيا فى بعض السنين كما شوهد ذلك كثيرا فى فينه وشوهد فيها ذلك بعد حرارة رطبة وحرارة يابسة وزمن صحو وزمن هوائى وحرارة شديدة وشتاء خفيف وفصول ممطرة وغير ذلك من الاشياء المتضادة ومن تلك الاسباب المهيئة ايضا السهر والاعمال المتعبة وكذا السن له دخل فى الاجهاض

فقد ثبت من المشاهدات ان النساء اللواتى يبكرن بالحمل قبل نموهن نموا تاما واللواتى يحملن بعد سن اليأس يكن مهيئات للاسقاط اكثر من ذوات العشرين سنة الى الاربعين * واما ما يتعلق باعضاء تناسل المرأة فيعد من ذلك جميع الامراض المزمنة التى تكون تلك الاعضاء محلا لها والالتصاقات والتشوهات وتغير موضع الاعضاء والاستحالات السرطانية والمخية والديدان الحوصلية والالتهابات الدونية وكل انخرام يحصل من ذلك والتغيرات العضوية فى البوق والتولدات الليفية والبوليبوسية وغيرها فى نفس منسوج الرحم اوما يتعلق بها والالتصاقات الغير الاعتيادية فى الاربطة العريضة اوالمستديرة اوالبوقين اوالمبيضين بعضها اوبما يجاورها وجميع ما يتعب النمو المنتظم للرحم مدة الحمل

وهذه الاسباب الاخيرة التى ذكرها المؤلفون قديما وحديثا سيما بقراط تظهر فى كثير من النساء فى زمن البلوغ اوقبله اوبعده بل وفى جميع ازمنة الحياة وتنشأ فى الغالب من آفة مادية فى بعض محال من اعضاء التناسل ولا توجد الا وتبقى بعض آثار لا تزول بعدها فتارة يكون ذلك ورما فى التقعير يتعب اتساع الرحم وتارة استحالة فى المبيض اوانقلابه الى كيس يكون مأواه فى الحفرة المستقيمية المهبلية كما شاهد ذلك المؤلف وتارة يكون ذلك التصاق البوق الايمن برباط المبيض الايسر اوالعكس بحيث يرتبط ما عدا ذلك خلف عنق الرحم كما شاهد ذلك ايضا هذا المؤلف الماهر فى حامل ماتت ولها ثلاثة اشهر والغالب ان يكون ذلك كتلا شبيهة بالمخ اوسرطانية كان الحمل هو السبب لها اوان اصلها كان موجودا قبل العلوق ولما اصابت المبيض اوالبوقين اوالبريتون الحوضى اوجسم الرحم نفسها كانت مانعا قويا منعت هذه الاعضاء المذكورة عن ان تكابد التغيرات فى الابعاد والتركيب اللازمة لاتمام الحمل كما شاهد معلمنا المذكور امثلة من ذلك * والنساء العرج يكن موضوعا للاسقاط اكثر من غيرهن لان القصر فى الاطراف الحوضية يطابق فى الغالب بعض عيوب فى تكوين الحوض

والسيلان

والسيلان الابيض واستسقاء الرحم وقابلية تهيجها وقوة انقباضها الشديد وصلابة اليافها وعروقها بل والبريتون المنسوب لها كما زعم ذلك بعضهم وارتخاء عنقها وضعفه جميع ذلك من الاسباب المهيئة ايضا غير ان فعل معظمها اقل وضوحا من فعل الاسباب المتقدمة مع انه لا ينكر ان اللواتى عنق رحمهن رخو ومتسع طبيعة يكن معرضات للاسقاط جدا كما قال ذلك بروّن وقالوا مثل ذلك فى عدم تمدد الرحم بسبب توتر عظيم حصل فى اليافها فانه يخاف الاسقاط فى تلك الحالة قالوا لان الرحم لا يسهل عليها اطاعة الحركات العنيفة التى تمددها وهذا جرى منهم على رأى القدماء القائلين بان البذرة تؤثر تأثيرا ميخانيكيا فى الرحم فكأن هناك مقاتلة بين الرحم وما تحتوى عليه مع ان ذلك غير موجود اصلا وانما الرحم تعظم بسبب انبساط ثنيات اليافها ووفور السائلات فى اوعيتها فالبذرة ينقطع نموها عندما ينقطع نمو العضو المحتوى عليها فيمكن ان يكون الاسقاط نتيجة ذلك لكن لا ينسب ذلك لحركة تمدد عنيف ليست موجودة فى البذرة بوجه من الوجوه

(المطلب الثانى)
(فى امراض البذرة المسببة للاسقاط)

الاسقاط يحصل فى اكثر الاحوال من استعداد مخصوص فى البذرة نظير ما يحصل فى الاثمار التى تذبل قبل ان يتم نموها وتسقط من ادنى هزة فى الفرع الحامل لها فكذلك العلقة اوالجنين فى الحيوانات يلزم ان ينفصلا وينذفعا من الرحم اذا انقطعت حياتهما * والتغيرات التى توصل لموت الجنين كثيرة جدا وتكون اكثر كلما كان الحمل اقل تقدما قال المؤلف فتارة يبتدأ المرض بالاغشية فيسمك السلى ويصير معتما ويغطى من الباطن بخشونة وتنتفخ حبوب الوجه الظاهر فيتولد منها عناقيد الديدان الحوصلية الرخية والامنيوس يحصل فيه تغيرات تقرب من ذلك فيتغير تركيبه او يلتصق بالاجزاء المحيطة به والمشيمة لا تتكون او تنمو بدون انتظام وتصير محلا لجميع انواع الاستحالات وتارة يبتدأ المرض بالحوصلة السرية اوقناتها اوبالكيس

السحيق اوبالحبيل السرى اوبالبذرة نفسها وعلى مقتضى ذلك تختلف اشكال التغيرات ودرجاتها

ومعظم الآفات التى يكون الطفل موضوعا لها بعد الولادة قد تظهر فى مدة حياته داخل الرحم * قال المؤلف قد شاهدت التصاقا مرضيا لجميع سعة الاغشية مع الجذع فى بذرة لها شهران وفسادا قرحيا فى الرأس والبطن واليد وغير ذلك فى بذرات لها اقل من ذلك وتغيرات لا تحصر فى الرئة والكبد والبريتون وغير ذلك من اجزآء الجسم فى اجنة لها ثلاثة اشهر ورأيت الحبيل السرى ضامرا وعروقه منسدة كلا او بعضا فى جميع ازمنة نموه وكثيرا ما رأيت الحوصلة السرية صلبة كالحجر واحيانا مملوءة بسائل صاف وفى الحالتين لم يكن لها الحجم والمنظر الطبيعيان ورأيت الرأس وحده فى كثير من الاجنة ضامرا ومشوها واحيانا يشاركه فى ذلك واحد او اكثر من الاطراف او الصدر او البطن والغالب ان يكون الضمور او الفساد عاما وينتهى حال الجنين فى بعض الاحوال بان يزول بالكلية فحينئذ يمحق الامنيوس ايضا فى الغالب واحيانا رأيت البذرة ككيس مملوء بسائل زلالى صاف خيطى كانه مركب من الساقط والسلى ولا يحتوى على العلقة اصلا فكانت تلك البذرة كالبيضة التى تخرج من الدجاج بدون تلقيح ولكن من حيث انه يوجد اثر للامنيوس والحبيل السرى بل وللعلقة نفسها فى كثير من الاحوال لزم رفض هذا التشبيه انتهى وشاهد كثيرون مثل ذلك ايضا وسموه باسماء كثيرة ودونوا فيه مؤلفات ثم قال المؤلف وعندى ادلة صحيحة على ان تشوه التركيب انما هو نتيجة مرض فى بعض اجزآء البذرة فان العلقة البشرية المشبهة للنبات فى الاشهر الاول من الحمل محاطة بكثير من اسباب الفساد تقاومها دائما بنجاح غير ان تلك الاسباب قد تقهر تلك البذرة الضعيفة فتمرضها بل قد تميتها ايضا * واكثر المعرضين لذلك هم الاجنة المتولدون من سائل منوى فاسد النضج او متغير الطبيعة آت من اب هرم جدا او صغير فى السن جدا او مريض او منهوك من الافراط فى الباه فمتى كانت البذرة مريضة بحيث كان مرضها اميتا لها

كانت

كانت النتيجة اللازمة لذلك هى الاسقاط والبنية تميل عند ذلك للتخليص من الحمل كما تميل للتخليص من كل ما يتعبها كشوكة مثلا لا ان ذلك سببه كما قيل ان الدم المخصوص اولا بالجنين يلتزم عند ذلك ان يدخل فى دورة الدم للام فيسبب ذلك

(المبحث الثانى)
(فى الاسباب المنتجة)

الاسباب المهيئة يندر ان لا توجد واليها وحدها ينسب اندفاع البذرة وفى الحقيقة كثيرا ما تنتجه وفى هذه الحالة يقال ان الاسقاط حصل من ذاته ولكن الغالب انه ينسب غالبا لبعض عوارض واحوال مخصوصة

منها التثاؤب والتمطى وقضاء الحاجة والتبول والسعال والحركات العنيفة ومضادة المراد والفرح او الحزن ورايحة الاشمة المطفية وانطباع اى رايحة قوية ونوبة الاختناق الرحمى والصرع والنكاح والرقص والسهر والاسهال والتعنى والزحير وجميع الاسباب التى تسبب النزيف الرحمى مدة الحمل

ومنع موريسوس الرياضة والباه فى اواخر الحمل وشنع ديونس عليه فى ذلك وقال ان عندى امرأة حملت عشرين مرة فجاءت بعشرين طفلا ولدتهم بعد تمام الاشهر ونزلوا فى غاية السلامة مع انه لم ينقطع عنها ممارسة ذلك فعندى يقين ان ملاعبة الزوج مع قضاء اوطاره من زوجته فى مثل تلك الحالة لا تؤثر شيأ انتهى بل قال ارسطاطاليس ان من خواص الجماع قرب نهاية الحمل تسهيل الولادة * قال المؤلف وانا لا اقول على وجه الاطلاق ان ذلك لا يوجب الاسقاط وانما اذا لم يوجد قبله شئ من الاسباب المهيئة التى ذكرناها لم يحصل الاسقاط الا نادرا

والامراض الحادة فى المرأة والاسفكسيا والالتهابات بجميع انواعها لا تنتجه الا بعسر وبكيفية اخرى ومثل ذلك الصياح والغناء ورجة العربانات وحركات القئ واستعمال بعض ادوية والسقطات والضربات والحركات العنيفة المفعولة باى جزء من اجزاء البدن وجميع ما يحدث اهتزازا او انزعاجا فى الرحم

اذ قد يعسر ان يوضح ويبين كيف يتفق ان ضربة خفيفة على البطن قد تجرح الجنين جرحا عميقا كما وقع لامرأة انها التطمت فى زاوية طاولة فولدت فى اليوم السابع ولدا مشقوقا رأسه الى عنقه نصفين معلقين فى منكبيه

وقد ظنوا عموما ان تأثير هذه الاسباب انما هو فصل المشيمة من التصاقها بالرحم لكن اذا علمت ان البذرة مالئة للرحم امتلاء تاما وانها هى كذلك مملوءة بماء الامنيوس علمت ان الحركات التى تطبع فى المرأة من الارتجاجات والاضطرابات التى تحصل لها لا تقدر على فصل المشيمة من الرحم ولا السلى من الامنيوس وان ذلك يكون كفصل حوصلتين او مثانتين داخلة احداهما فى الاخرى والباطنة مملوءة كالهلبسائل وايضا فان النساء النشطات العاقلات واللواتى لم يمكن على الممارسات العنيفة يحصل حملهن فى الغالب الى غاية الكمال مثل غيرهن مع انه يشاهد الاسقاط فى كثير من النساء الاخر اللواتى هن فى غاية الاحتراس الزائد على حملهن والمشاهدات المؤيدة لذلك كثيرة وقد اتفق ان حاملا لها سبعة اشهر حصل فى اوضتها حريق فلاجل هروبها منه انزلقت من الدور الثالث فمن خوفها تركت نفسها فسقطت على حجارة وانكسر ذراعها ومع ذلك لم يحصل لحملها تكدر* واتفق ايضا ان شابة من القوابل حملت وكان معها ضيق فى الحوض فالقت نفسها الى الاسفل من سلم مطمورة غائرة عميقة بقصد الاسقاط فرارا من العملية القيصرية فماتت بسبب الجراحات التى حصلت لها من ذلك ومع ذلك لم يحصل لها اسقاط

(المطلب الاول)

(فى الادوية المسقطة والعلاج المسقط)

ذكروا من الادوية المسقطة ادوية مفردة ومركبة فمن المفردات مدرة الحيض وهى المرة والحريفة والمزلقات وهى الرطبة اللزجة تستعمل مشروبا وحمولا ومنها الافسنتين والشاهترج وبذر الشيطرج الذى هو كالحرف له رائحة حريفة اذا احتمل اسقط وحب الحرمل شربا وحمولا ودهن البيلسان ودهن البان اذا احتمل اخرج الجنين والمشيمة والحلتيت والقنة وكذا الدارصينى

اذا خلط بالقوة فانه يسقط الجنين شربا وحمولا وحافر الحمار يزعمون انه اذا بخر به الجنين الحى او الميت اخرجه واذا بخر بزبله من قمع اخرج الجنين الميت بسرعة والتدخين بعين سمكة مالحة كذلك وادخال كاغد مفتول او ريشة ملطخة بشيء من الادوية المسقطة كالقطران وماء شحم الحنظل ونحوه مسقط ايضا وذكروا ادوية مركبة وفرازج فراجعها فى كتب العرب كابن سينا مثلا ومن المشهور بالاسقاط ايضا عند النساء بل وفى كتب الاطباء الفصد والحمامات والمقيئات والمسهلات كالمدرة للحيض ايضا مع انه يوجد كل يوم فى الممارسات امراض تستدعى الفصد سواء الموضعى والعام مرات كثيرة ويؤمر فيها النساء بذلك وبالمقيئات والمسهلات الشديدة وغير ذلك مما هو قوى الفعل بدون ان يتألم او يتكدر من ذلك حملهن وذكر موريسوس ان زوجة لاحد اصحابه فصدت ثمانين مرة مدة حمل وجاءت عند تمام الاشهر بطفل جيد الصحة زائد النمو وامرأة اخرى فصدت من رجلها عشر مرات ولم يحصل لها من ذلك خطر وللطبيب ياموت فصد امرأة ثمانية واربعين مرة فى حمل وولدت عند تمام الاشهر طفلا حيا ودولاموت الذى شاهد ان المسهلات القوية حصل منها التهابات معدية ومعوية وبريتونية بل الموت ايضا بدون ان يتسبب عنها اسقاط ذكر امرأة فصدت نحو سبع وثمانين مرة فى الاشهر الخمسة الاخر من الحمل قال المؤلف قد رأيت شابة مخفية حملها من اهلها اصيبت بالتهاب بطنى من اشد ما يكون بسبب انها التزمت ان تستعمل ادوية مسقطة فماتت فى اليوم الثامن ولم يظهر فيها علامة اسقاط قط واستشرت فى شابة اخرى استعملت للاسقاط خمس عشرة قمحة من الطرطير المقيئ وحصل لها قيء مصحوب بحركات عنيفة ما سمع بمثلها ومع ذلك دام حملها على سيره * واتفق ان امرأة عمل لها عملية الحصاة بالطريقة المثانية المهبلية وخرجت منها حصاة وزنها تسع آواق ولم تعلم انها حامل فبعد ستة اشهر وضعت ولدا وبعد ذلك كله لا ينبغى ان يستنتج منه ان الفصد سيما فى القدم او وضع العلق على الفرج والاستحمامات المكررة كثيرا لا يحصل للحوامل منها الازعاج اصلا وانما نقول اذا لم يكن عند المرأة

استعداد للاسقاط لم يحصل من تلك الوسائط فى الغالب شئ من النتايج فان كانت مستعدة له بسبب وجود شئ عندها من الاسباب المهيئة كانت تلك الوسائط معينة على حصوله

(المطلب الثانى)

(فى الاسباب المخصوصة)

ذكر برزموس ان الاسقاط كثيرا ما يكون مسبوقا بحالة احتقان مهيج فى الرحم وبحركة حمية عامة وجملة من الاعراض التى يقوم منها النزيف القوى والقابلة لتسهيل ذكرت هذه الحالة وارجعت اليها معظم الاسباب المهيئة والمنتجة للاسقاط قبل ان تفعل الانقباضات الرحمية افعالها لكن جعل ذلك هو السبب الرئيس لكل ولادة كاذبة غلط وانما الغالب انه ظاهرة تابعة ونتيجة لسبب آخر ظاهر او باطن لا انه نتيجة لازمة لذلك على ان بعض النساء يحصل لهن هذا النزيف مدة سير الحمل كله بكيفية واضحة فى كل زمن من ازمنة حيضهن فنتج من ذلك ان الاسقاط كما يحصل فى غير ازمنة الحيض يحصل فيها على حد سواء وان معظم الامراض الثقيلة تنتجه وامثلة ذلك كثيرة فى الهيضة التى كانت بباريس فانها قتلت معظم الاجنة (سنة ١٨٣٢) عيسوية وموت الجنين بسرعة فى مثل هذا الداء المهول ليس لان الدورة الرحمية المشيمية وقفت فجأة بغيبوبة جميع الدورة العامة كما ظن ذلك دبواس لان الطبيب روليير شاهد بقاء الدورة فى امرأة مصابة بالهيضة مع ان جنينها نزل فاسدا عفنا وانما ذلك بسبب اجتماع جملة اسباب اخر ليس من النافع ذكرها هنا الآن

(المطلب الثالث)

(فى الاسباب الدورية)

الاسقاط الدورى اى التى يأتى فى زمن واحد معين من الحمل تقريبا الامرأة واحدة يظهر انه مما ينسب للنزيف القوى الذى يحصل من ذاته فقد ذكر ستولت امرأتين سقطت كل واحدة منهما سبع مرات بتلك الكيفية ويمكن ان ينشأ ذلك

ايضا من حالة مخصوصة فى الرحم خلقية اومكتسبة ككون التجويف الرحمى غير قابل لان يعظم فيه الجنين زيادة عن درجة مخصوصة وقد الحق بتلك الحالة تسلطن العادة والتوارث فقد ذكروا كثيرا من النساء كانت امهاتهن موضوعا للاسقاط ومايتيسر لهن ايصال حملهن الى تمام الاشهر وقد ثبت من المشاهدات ان المرأة يكون الخوف عليها من الاسقاط اكثر كلما كان حصول ذلك لها فيما سبق اكثر وذكر الحكيم خويز امرأة حصل لها الاسقاط اثنين وعشرين مرة فى الشهر الثالث وغيره ذكر اخرى لايذهب حملها الا الى ثمانية اشهر واخرى مابلغت تمام اشهرها الا فى الحمل الثانى عشر واخرى سقطت ثمان مرات فى الشهر الثالث وماوصلت الى الشهر التاسع الا فى الحمل التاسع بواسطة فصد صغير وامثلة ذلك كثيرة مشحونة بها كتب المؤلفين

(المطلب الرابع)
(فى الاسباب الميخانكية اى الحيلية)

الاسباب الميخانكية (اى الحركات المتجهة باستقامة نحو البذرة) التى اشار بها بعض المؤلفين عند مايكون الحوض معيبا واستعملت كثيرا ينبغى ان تعد فى رتبة المدرات للطمث والمسهلات الشديدة والغالب ان اللواتى يستعملنها لايحصل لهن المقصود كما ذكرنا ولا ينتج منها الا جرح الرحم جرحا ثقيلا قال المؤلف قد دعيت لمشورة امرأة نتج من استعمالها مثل تلك الاشياء نزيف ادى بها الى قرب الهلاك فكان معها تألم شديد لايطاق فى باطن الحوض مكث نحو شهرين ومع ذلك لم يحصل لها الاجهاض والآن معها قرحة واسعة فى عنق الرحم وامثلة ذلك كثيرة بباريس فقد دعيت لاربع نسوة من هذا القبيل فاحداهن ماتت بالتهاب بريتونى والثانية معها الآن سرطان والثالثة معها نزيف لايمكن شفاؤه والرابعة وحدها هى التى رجعت لها صحتها

(الفصل الثالث)
(فى علامات الاسقاط)

تذف البذرة يحصل غالبا بسبب الامراض الطويلة فى الشهر الثانى او الثالث

من الحمل بدون ان يصحبه اعراض مخصوصة ولا يختلف اختلافا محسوسا عن ما يحصل فى زمن حيض شاق واما فيما بعد فيمكن ان تتولد عنه الظاهرات الاعتيادية للولادة الطبيعية الا ان الغالب كونه مسبوقا بحزن وضعف عام وفقد للحس والحركة واغماء واحساس ببرد فى الخثلة وخفقان وصفرة فى الوجه ونتن فى النفس وارتخاء فى الثديين ومعظم العلامات الحقيقية التى تدل على موت الجنين * والعادة ان المرأة يحصل لها اولا قبل ذلك بيوم اوجملة ايام رعشة وقشعريرة فى الجلد وحرارة فيه وعطش وفقد شهية وسرعة فى حركات القلب والشرايين وثقل فى الحوض وعلى الدبر ونحو القطن وتعب عام فى الاطراف بحيث تكون كانها مهددة بمرض ثقيل ثم يظهر النزيف المصحوب بالآلام تختلف شدتها او بجميع ظاهرات الطلق الحقيقى ومع ذلك فليس من هذه العلامات ما يعطى اليقين قبل تمدد العنق ووجود رأس الجنين فى بوزطنشيا الا النزيف والالم

فاما النزيف فى نفسه فلا يعقبه الاجهاض كما ثبت ذلك من المشاهدات وانما يخاف حصوله يقينا متى ظهر هذا النزيف دائما * واما الآلام فمن المهم عدم اشتباهها بانواع المغص او الآلام الرحمية التى تشاهد احيانا فى مدد الحيض فلاجل ذلك ينبغى ملاحظة العلامات التى ذكرت فى اوجاع الولادة والعلامات المنتجة غالبا للولادة الكاذبة اى الاجهاض هى سيلان مقدار من مادة مسمرة او مصلية ولين عنق الرحم وتمزق الاغشية وتكون الجيب المائى مع الآلام التى تتجه من السرة الى التقعير مع ان ديزرموس شاهد ظهور هذه العلامات عقب سقطة ولم يحصل الاجهاض واتفق ان حاملا فى خمسة اشهر ضربت على بطنها فعرض لها نزيف واتسع عنق الرحم وظهر ان الاجهاض قريب الوقوع ومع ذلك عاد كل شئ الى حاله ولم تحصل الولادة الا بعد تمام الاشهر واتفق لاخرى انها انقلبت فحصل لها نزيف وآلام خثلية واتساع فى عنق الرحم ولم يلبث ذلك قليلا حتى سالت المياه وانقطع تحرك الجنين الى الشهر السابع ثم بعد تمام الاشهر التسعة جاء الجنين حيا وذكر مورلان

فى امرأة انها لم تلد الا بعد خروج المياه بستة اسابيع واتفق عن قريب انه شوهد حامل فى ستة اشهر تكون فيها القرن اى الجيب المائى ثم تمزق ودخل ذراع الجنين فى المهبل ثم وقف الطلق ورجع الجنين الى وضعه وسار الحمل فى سيره الطبيعى بل اتفق ايضا فى مشاهدة اخرى خروج الرأس وانتهى حاله بان دخل فى الرحم ثانيا

ويمكن ان يقال ان السائل الذى خرج من عنق الرحم آت من كيس ديدانى ومن الخلويين الاغشية ففى هذه الحالة من المعلوم ان الحمل بالضرورة لم يحصل له تكدر ويصح ايضا ان تكون المياه آتية من بذرة مزدوجة اى مركبة من بذرتين انشقت واحدة ولم يحصل للاخرى ادنى تكدر ولا تغير لكن اذا قطعنا النظر عن مثل تلك الاحوال الغير الاعتيادية نرى ان تمزق الاغشية المتبوع بسيلان المياه يدل يقينا على ولادة كاذبة اواقله على موت الجنين اذا لم يندفع حالا

فاذا انقطعت حياة الجنين انقذف فى الغالب بسرعة من الرحم وكثيرا ما لا يحصل اندفاعه الا بعد زمن طويل * قال المؤلف وقد رأيت من لم يندفع الا بعد ثمانية وعشرين يوما من حامل لها سبعة اشهر وفى اخرى بعد ان كان حملها محققا بالهزة والحركات الاختيارية انقطع دفعة فى الشهر السادس ووجدت علامات موت الطفل وذهب نصف حجم البطن تدريجا ثم فى الشهر الثامن سالت المياه وبقى العنق مسدودا ولم يكن هناك مايدل على ان الاجهاض يلزم ان يحصل بسرعة وفى كتب المؤلفين كثير من ذلك فقد ذكروا موت جنين فى اربعة اشهر مع انه لم يخرج من الفرج الا بعد كمال اشهر الحمل فازعمه البعض من ان الجنين الميت لا يمكن ان يمكث فى الرحم الا من خمسة ايام الى عشرين خطأ وما عدا ذلك فالجنين يتحول الى كتلة مصفرة كانها شحمية مع اجزآئه العظمية حتى ان بعضهم ممن شاهد ذلك سماه بسلعة الرحم وكان وزنه ستة ارطال وهذه الخاصية تشاهد كثيرا فى الضأن وذكروا ان الجنين اما ان يتداخل فى بعضه مع تصلبه واما ان يتحنط واما ان يفسد

تركيبه وشوهد ايضا مكث الجنين ميتا فى الرحم مدة خمسين سنة

فاذا لم تتمزق الاغشية ولم يدخل الهوآء بافراط فى باطنها جاز ان يمكث الجنين سليما مدة اشهر كثيرة بل مدة سنين كما علمت وقد يتفق ان يخرج الجنين الحى فى كمال اشهره مع جنين ميت من مدة طويلة وتكثر مشاهدة ذلك فى الحمل المضاعف واحيانا يفسد تركيب الجنين ويعفن ويتحول الى حالة رمية واتفق ان جنينا خرج متعفنا وبعد ذلك بثلاثة اشهر تحقق وجود عظام فى الرحم فاستخرجت وذلك يحمل على ظن ان الحمل كان مزدوجا وقد يذوب الجنين فى المياه فعند ذلك يوجد متحولا الى مولى حقيقية اى قطع لحم

فاذا كان الجنين خارجا عن الرحم جاز ان تمسكه الاغشية المحاطة به ايضا بواسطة الالتصاق وقد اتفق فى سقط خرج فى الشهر الخامس ولم تخرج المشيمة الا فى الشهر التاسع وكان وزنها ثمان آواق وفى اخرى لم تخرج الا بعد الاسقاط بشهر لكن بدون تغير وتوابع الجنين قد يبقى حياتها ونموها فالغشاء الساقط يكتسب حينئذ سموكة عظيمة وماء الامنيوس يزول بالكلية وتجويف السلى يضيق تدريجا وينتهى حال الكتلة ابان تصير ورما محمرا كانه لحمى يشاهد فى مركزه غالبا تجويف صغير مصلى واما المشيمة فتبقى آخذة فى النمو او يحصل فيها ارتشاح وعند اندفاعها لا يكون بينها وبين شكلها الاول وطبيعتها الاصلية نسبة

(الفصل الرابع)
(فى الانذار)

الاجهاض فى الغالب اخطر من الولادة فلا عبرة بمن غلط بقراط فى ذلك لان الاول مرض والثانى انما هو نهاية وظيفة طبيعية وليس السبب فى خطره ان الاجهاض يكون احيانا ثقيلا وانما لكون الاسباب التى تحرضه والعوارض التى تصاحبه يقوم منها فى الغالب آفات مغمة لان الحمل الذى كان الاجهاض نهاية له اظهر فى اعضاء التناسل جرثومة داء آت كانت لا تظن فيها ولا تظهر ابدا بدونه فانذاره يلزم اذن ان يختلف باختلاف الاحوال

فاذا ظهر

فاذا ظهر ان معه آفات عصبية مختلفة او آلام خثلية او التهابات رحمية مزمنة او قروح او استحالات او غير ذلك من الامراض العضوية فذلك لان الغالب ان هذه التغيرات توجد من قبل وتكون سببا للولادة الكاذبة نفسها ما عدا الاجهاض الناتج من الافعال الميخانكية الواصلة * والاقل خطرا هو الذى يحصل من امراض البذرة والاثقل هو الذى ينشأ من سبب منتج شديد غير مساعد بسبب من الاسباب المهيئة والاجهاض الذى يحصل من ذاته اقل خطرا مما يحصل بسبب قهرى وعموما يقل خطره كلما كانت حركته ابطأ ويكون الخطر للمرأة اعظم كلما كان الحمل اكثر تقدما واما للجنين فهو خطر فى جميع الازمنة واخوفه ما يحصل فى مدة سير مرض حاد فاذا شوهدت علامات الاجهاض فى امرأة مصابة بحمى ثقيلة او التهاب حشوى او حمرة فى الوجه او جدرى او حصبة وذلك يكون فى الآخر عند ما تدخل المرأة فى النقاهة كان الخوف على المرأة شديدا والغالب ان يختم ذلك بموتها

فاذا كان عنق الرحم لينا رخوا بالطبيعة وكان الباقى من الرحم حافظا لكثافته الاعتيادية كان الاجهاض اسهل واقل غما للمرأة منه فى عكس ذلك فان كان ناتجا من نزيف شديد واضح جدا ولم يكن مضاعفا بغيره جاز ان ينتهى بخير كالولادة البسيطة لكن من حيث ان هذا النزيف الشديد انما هو فى الغالب درجة اولى للالتهاب الذى تختلف سعته او عرض له كان هنالك وجه للخوف منه سيما اذا كان مصحوبا بحمى او التهاب رحمى او بريتونى حاد او التهاب آخر خطر مثل ذلك

(الفصل الخامس)

(فى العلاج)

المهم للطبيب المولد هو الاحتراس من حصول الاجهاض لانه متى حكم به لم يلزم الا تعجيل انتهائه

فالمعالجة الحافظة منه تختلف باختلاف الاسباب المنتجة التى من المهم تبعيدها او مقاومتها فاذا كانت المرأة قابلة للتهيج قوية الحساسية اجتهد

فى حفظها عن الانزعاجات والانفعالات النفسانية وفى بعدها عن المدن
الكبيرة فتؤمر بالاسفار للتسلى ويلزم للضعاف واللينفاويات اتباع التدبير
المقوى والراحة اواقله ان لا ينهمكن الا على الممارسات المقبولة للنفس ومنهن
من يؤمر لها ببعض ادوية مقوية وظن فولنسون ان استعمال الزيبق للمرضى
بالداء آت الزهرية يؤمن على الاجهاض وتمسك روسيل وغيره بعكس ذلك
وانه واسطة جليلة للحفظ منه خصوصا بين الشهر الخامس والثامن واذا وجد
مرض فى الرحم اوفى غيرها من الاعضاء يحث مع غاية الانتباه على طبيعته
حتى يعالج بالادوية المناسبة له فاذا كان هنالك علامة امتلاء اواحتقان
فصدت من ذراعها ويكرر الفصد ان احتيج اليه خصوصا النساء اللواتى
يحصل لهن فى كل دور من ادوار الحيض نزيف قوى واضح

ومن المحقق ان الفصد هو احسن الوسائط للاحتراس من الاجهاض فقد امر
دونس بفعله قبل الدور الثانى للحيض وقال دسولت انه كان العلاج الرئيس
فى الاسقاط الجنسى الذى كان فى فينه سنة ١٧٧٨ وفى السنة التى بعدها واما
ما ادعاه بعض العامة من انه يكون نافعا فى كل حمل بدون تمييز فخطأ لا يسلم
من الخطر لانه اذا لم يكن هنالك حالة مخصوصة تستدعيه جاز ان يكون
مضرا للعوامل كما يكون كذلك لغيرهن فما يفعله كثير من الناس من اعتيادهم
على فصد الحامل مرة اومرتين فى مدة سير حملهن بدون ان يعرف لهن
ما يقتضيه غلط واضح

فاذا ظهرت علامة الاسقاط ينبغى ان يفعل ما قيل فى الانزفة الرحمية فالراحة
التامة والوضع الافقى والمشروبات الباردة الحمضية والمحولات من الظاهر
والوضعيات الجليدية ومضادات التشنج والمسكنات اذا كان هنالك اضطراب
وميل للتشنجات هى الاشياء التى يلزم اتباعها والفصد ايضا من الاشياء
الاقوى فعلا فى العمل ولكن لا يستعمل الا مع التوقى والاحتراس
لانه من حيث كونه لا يمنع الاجهاض دائما ربما نسب له هذا العارض الذى
لا يمكن ان يحترس منه به وذكر بعضهم انه حصل على يده نجاح فى مثل هذه

الحالة

الحالة من استعمال خلاصة الراتنيا وينبغي ان يؤمر بالاستحمامات القدمية واليدية والاستحمامات العامة فانها تكون نافعة مادام هنالك امل في الاحتراس من اندفاع الجنين

فاذا خيف الخطر من النزيف كانت السدادة هي الواسطة الثمينة وان اهملها المتأخرون فانها كما توقف النزيف لا تمنع الحمل من ان يصل الى كمال اشهره كما شاهد ذلك كثير من القوابل والشيلم المسمى بالسحيل المقرن قد يكون له في ذلك فعل عظيم لكن من حيث انه يعين خصوصا على دفع الجنين لم يكن من الحزم ان يستعمل قبل استعمال غيره من الوسائط ونقول بالاختصار متى حكم بالاجهاض لزم له الاحتراسات التي يستدعيها النزيف الحقيقي او الولادة ويستعان على خروج الجنين اذا عرف عدم امكان حفظه في الرحم بدوام استعمال الوسائط المذكورة فيعاد الفصد اذا كانت المرأة قوية ويقل الاحتياج للسكون والوضع الافقي ويصح ان يؤمر بالاستحمامات والسحيل المقرن بدون خوف وبالافيون من الباطن اذا كانت الاوجاع شديدة وبالمراهم المسكنة او البلادونا على عنق الرحم اذا كان هذا الجزء متألما وكانه ينقبض انقباضا تشنجيا وبالحقن المرخية في المهبل فانها نافعة في بعض الاحوال فاذا خرجت البذرة من العنق كان لا بأس بوضع الاصبع فيه ومساعدة اندفاعها به ولا يستعان على خروجها بمسكها بجفت من الجفوت المعروفة الا اذا كان هنالك زمن لتخليص المرأة منها حالا لانه يخشى الخطر من عدم استخراجها بتمامها ثم التعسر او العجز عن الوصول للاجزاء التي لم تمسك اولا بالجفت

وبعد خروج الجنين يفعل كما يفعل بعد الولادة فينبغي غاية الاحتراس والانتباه في تخليص المشيمة ومعالجة حمى اللبن وتوابع الولادة سيما اذا جاوز الحمل الشهر الرابع بل وفي الاشهر الاول من الحمل ايضا اذا خرج الجنين كله اما اذا بقيت الاغشية بعد البذرة او الجنين فان العوارض يبعد انقطاعها لان تلك الاغشية يتكون منها الكتلة الرئيسية لما ينتج من العلوق فيكون من الخطأ ترك

استخراجها اذا امكن مسكها فى المهبل

(الباب الثانى)

(فى انواع المولى بضم الميم اى القطع اللحمية فى الرحم)

المولى كلمة فارسية معناها الحم ونحن نسميها بالمضغ ونعنى بها هنا جميع ما يتولد تولدا غير طبيعى فى تجويف الرحم بدون تغير واضح فى ذلك التجويف فمن ذلك التجمدات الدموية المتغيرة طبيعتها والاغشية الكاذبة وبقايا الجنين او المشيمة واغلب التغيرات التى تحصل فى الجنين ولذلك قسمها جلوس الى مولى صادقة او لحمية ومولى كاذبة اوغشائية وقسمت بعده الى بوليبوسية ودموية وعلقية وغير علقية وديدانية وغير ذلك وقد علم من ذلك ان منها ما يكون نتيجة العلوق ومنها ما يمكن ان يحصل بدون تلقيح سابق فقد تحصل للبنات التجمعات الغشائية التى ترسب فى الرحم فى مدد الحيض مع بعض النساء وكان يعرفها بقراط وان كان الغالب كونها من مستنتجات الوطء ومثل ذلك ايضا الاجسام الليفية والكتل الدموية التى ذكرها المؤلفون واما الديدان الحوصلية والاجسام التى لها تركيب حقيقى فناتجة من فساد حمل حقيقى واما اشكال المولى من كلا القسمين فكثيرة غريبة فالقرود والنسانيس والضفادع والكلاب والحيوانات المختلفة التى زعم من سلف قبلنا ان النساء ولدتها ينسب معظمها بل كلها للنوع الاول * ومما ينسب ايضا للعلوق عناقيد العنب وحبوبه وغير ذلك من الثمار التى شوهد خروجها من اعضاء التناسل فهى من انواع المولى الحوصلية او البذرات المتغيرة

فالنوع الاول اعنى المضغ الغير المتعلقة بالعلوق هو اندر الانواع ويميز عن غيره بانه لا يكون فى الحقيقة آليا وليس ذلك لكون الدم المنصب او التصعد الليمفاوى الذى يتكون اصل المولى منه لا يمكن ان تتكون منه عروق وانما يحصل فى هذه الحالة التصاق بين الرحم والمتولد المرضى وبذلك يكون مرضا لا يعد من انواع المولى واما فى النوع الثانى فبالعكس فانه يمكن بالبحث الجيد ان يعرف بعض بقايا فى الرحم من المنسوجات الطبيعية فالحالة المرضية

للبذرة

للبذرة تؤثر على الجنين او توابعه فاذا تعوق الاندفاع نتج من ذلك فى الحالة الاولى بعض تشوهات فى الجنين وفى الحالة الثانية يوجد نوع من مولى التناسل

ويوصف هذه المولى حينئذ بانها فساد كثيرا وقليل فى العلقة وحبلها السرى ويمكن ان البذرات المتغيرة التى تشاهد مملوءة بمادة زلالية اودموية اومصلية تكون من المولى فى اول نشأتها ثم ان الاغشية متى انفجرت سوآء بقى الامنيوس اوذهب وسوآء بقى السلى سليما اوتغير وسوآء كان الغشاء الساقط جزأ منها ام لا استفرغ تجويف البذرة فلا يكون الاسطحا املس بل ربما انتهى بان يزول بالكلية فالمولى انما تكون فى الغالب ضخامة فى البذرة ويمكن بواسطة الدم المنصب فى سمك الغشاء الساقط اوفيما بين الساقط والسلى ان تتشكل المولى باشكال مختلفة وتكتسب حجما عظيما فالانصبابات الدموية والاورام الاسقيروسية والشحمية والصديدية فى المشيمة والتحدبات الكالحة والمصفرة التى شوهدت كثيرا على الوجه الظاهر للسلى ناتجة من ذلك ايضا والمولى الديدانية كثيرة الحصول مثل ذلك ايضا ونسبها بعضهم لتغير فى الاوعية الليمفاوية وبعضهم لاتساع فى الغدد وبعضهم لاتساع فى الاوعية وبعضهم للصمامات التى ذكروها فى القنوات الوعائية للمشيمة *وجميعهم لم يخطئوا فى سببيتها الا لكونهم لم يعرفوا جيدا الزغب الموجود فى السلى وانه حسبما ثبت ليس وعائيا ولا قنويا وان خيوطه عقدية طبيعة فقد ثبت عندنا بالمشاهدات ان الديدان الحوصلية للرحم انما هى ضخامة اوارتخاء مرضى فى هذه العقد وارتضى ذلك الماهر كروفليير وتواردت لتأييده مشاهدات كثيرة وليست المولى الديدانية وحدها هى التى قد تحفظ فى الرحم زمنا طويلا بل غيرها امثالها ايضا فقد اتفق ان امرأة ماتت وعمرها سبع وسبعون سنة بحمى عفنة فوجد فيها مولى وزنها عشرون اوقية وكانت حمراء من الظاهر ومبيضة غضروفية من الباطن هذا ولا يمكن ان يميزة بل طلق الاندفاع هل المولى ناشئة عن حمل حقيقى اوعن مرض رحمى والاحتراسات التى تستدعيها هذه الحالة

المرضية مثل الاحتراسات التي يستدعيها الاجهاض

(التعليم الثاني)
(في الولادة الحقيقية)

تعريفها * احسن ما قيل في حدها انها وظيفة تقوم من اندفاع الجنين من باطن الام الى الخارج طبيعة او بالصناعة

تقسيمها * وقع اختلاف كثير في تقسيم الولادة وقسمها مورسوس تبعا لبقراط الى طبيعية وهي التي يجيء فيها الجنين بالرأس وتنتهي بنفسها وغير طبيعية وهي بعكس ذلك وقيل ان الطبيعية هي ما يجيء فيها الجنين بالرأس او بالقدم وغير الطبيعية هي ما يجيء فيها بغير ذلك ثم بعد ذلك بزمن ما قسموها الى طبيعية يأتي فيها الجنين بالرأس او المقعدة وغير طبيعية لا يأتي فيها بذلك وشاقة وهي التي تحتاج للاستعانة بالصناعة وان كان وضع الجنين فيها جيدا وقيل ان غير الطبيعية هي التي يجذب فيها الجنين من قدميه اي ينزل فيها الجذع قبل الرأس واختار المؤلف تقسيما يقرب من تقسيم مورسوس وهو ان الولادة التي تنتهي بفعل قوى البنية وحدها تسمى ذاتية او جيدة او بسيطة واما التي يحصل فيها تعسر وتعرض المرأة او الجنين للخطر فتسمى عسرة او مغمة او مضاعفة ويصح ان يقسم ايضا كل من هذين القسمين الى اجناس وانواع واصناف اذا استدعى الحال ذلك .

(الباب الاول)
(في الولادة عموما)

الولادة يقال لها كاملة اذا مكث الحمل قبلها تسعة اشهر ومتأخرة اذا جاوز ذلك ومعجلة اذا انتهت بين السابع والتاسع ولما كانت اسبابها المنتجة لها واعراضها المصاحبة لها واحدة في جميع الاحوال اردنا ان نبحث عن ذلك بوجه عام قبل ان نشرح كل نوع من انواعها على حدته

(القسم الاول)
(في اسباب الولادة)

اعتادوا

اعتادوا على تقسيم اسباب الولادة الى اسباب قريبة واسباب بعيدة اوالى اسباب منتجة واسباب واصلة

(الفصل الاول)

(فى الاسباب المنتجة للولادة)

اضطربت فى تلك الاسباب آراء الفسيولوجيين والقوابل قديما فى جميع الازمنة فيجعلونها تارة فى الجنين اوفى الرحم اوفى العضلات البطنية اوفى الحجاب الحاجز بل احيانا يجعلونها فى هذه الاعضاء كلها فبقراط واغلب القدماء قالوا ان الجنين وقت الولادة يمزق اغشيته ويتمدد ويستند برجليه ومقعدته على قعر الرحم ويكبس برأسه على العنق ليمدده ويمر من اعضاء التناسل وذلك معنى قول هرفيه ان الجنين هو الفاعل لخروجه بالحركات القوية التى يفعلها بنفسه واستدلوا على ذلك على ان فرخ الطير كالدجاج مثلا يثقب بمنقاره قشرة البيضة المحتوية عليه وقت الفقس وان الجنين الميت فى بطن امه يخرج بعسر اكثر من غيره وان كثيرا من الاطفال يخرجون من الرحم بانفسهم بعد موت امهاتهم لكن المحققون على ان الجنين وان كان له دخل عظيم فى الخروج الا انه يستعين بامور خارجة عنه لاتمام هذه الوظيفة واما مشابهته لفرخ الطائر فبعيدة * والغالب ان موت الجنين لا يتعب اندفاعه انعابا محسوسا مع ان بطئ الطلق فيه يوضح ذلك لانه يبقى فى الرحم مسترخيا لا يستند عليها كاستناد الجنين الحى واذا ابتدأ فيه التعفن حصل فى قابلية تهيج الرحم وانقباضها تأثير مع فيه فقدان شيأ من فاعليتهما الاولية * وايضا فان قابلية المعيشة فى الجنين من حيث انها على حسب القابلية فى الاعضاء المحتوية عليه يكون من الواضح ان الولادة تكون اسرع واسهل اذا كان الجنين قويا جيد الصحة مما اذا كان ضعيفا اومريضا * واما حصول الولادة احيانا بعد موت الام بيوم او يومين او ثلاثة فلا تأييد فيه لمذهب القدماء بل هو دليل قوى لمخالفيهم وذلك لان خروج الاجنة فى تلك الحالة من الرحم انما كان نتيجة قوة غريبة عن الجنين لان اعضاء الحياة النسبية بعد الموت ولاسيما العضلات تسترخى

واما اعضاء الحياة الغذائية فانها لا تزال زمنا ما حافظة لانقباضاتها او البطن يمتلئ احيانا ببغاز بسرعة غريبة فاذا كان الطلق متقدما فى وقت نزع المرأة لم يستغرب ان يشاهد ان الرحم التى انضغطت انضغاطا ميخانيكيا من الظاهر ولم تكن مقاومة للعجان ولم تزل فيها قوة الانقباض تصل بذلك الى طرد البذرة كلها الى الخارج بدون ان تحتاج الى مشاركة الجنين لها فى ذلك وذلك يحصل كثيرا فقد اتفق ان امرأة خرج منها جنين ميت بعد موتها باربع وثلاثين ساعة ونقول من جهة اخرى قد ثبت من المشاهدات ان الولادة تحصل تقريبا بتلك الكيفية مهما كان الزمن الذى وصل له الحمل اذ من الواضح ان الاجهاض فى النصف الاول من الحمل لا يكون للعنين فيه القوة على ادنى فعل للاندفاع فكيف يتصور ان هذا الكائن الضعيف يوسع فتحة لا تقدر يد رجل قوى على النفوذ منها مع كون الجنين فى الشهر الرابع او الخامس يعسر عليه التحرك ولو اثر نفسه فى الولادة لكان اول فعل يفعله هو تمزيق الاغشية مع ان جيب المياه لا ينفجر الا فى الزمن الاخير من الطلق بل قد لا ينفجر اصلا وتخرج البذرة بتمامها او قد يبقى من الجنين رأسه او جذعه او غير ذلك فى الرحم ويخرج الباقى كما يخرج الجنين الحى كله وايضا لا يخفى ان المشيمة والاغشية والقطع الدموية المتجمدة والمضغ اللحمية والتجمدات الليفية وغير ذلك ليس فى شئ منها قوة على الفعل مع انها تندفع من الرحم كما يندفع غيرها وتحصل منها الظاهرات التى تحصل من جنين قوى جيد الصحة فهذا كله يدل على ان الجنين ليس هو السبب المحدث للولادة بل هو عديم الفعل فى ذلك رأسا من ابتداء الطلق الى نهايته * فينبغى ان يفتش على سبب ذلك فى بنية الام ولم يقع هذا التفتيش الا فى القرنين الاخيرين واما فى الازمنة السالفة فجالينوس ذكر فى كتاب من كتبه ان اندفاع الجنين يكون من الرحم والعضلات الثمانية البطنية واستحسن فى كتاب آخر ان الجنين هو الذى ينطرد بنفسه ثم اضطربت آراء من بعده فمنهم من جعل السبب هو الجنين واما الرحم والعضلات فمعينة له ومنهم من نسب ذلك لقوة طاردة فى الرحم او لانقباض الرحم والحجاب الحاجز او العضلات

البطنية ايضا ومنهم من رأى ان فعل الرحم تابعي وان العضلات البطنية والحجاب الحاجز هو الاصل ومنهم من جعل اتساع العنق ناشئا من الرحم وما بقية الولادة فمن الحجاب الحاجز والعضلات البطنية وهذا نظير ما اثبته الطبيب بتيت ولعله الاقرب من ان السبب المحدث الرئيس للولادة هو انقباض الرحم وجزء من ذلك ينسب لانقباض عضلات البطن والصدر

(المبحث الاول)

(في الاسباب المحدثة الذاتية للولادة)

ثبت من المشاهدات الصحيحة ان الانقباضات الرحمية هي السبب المحدث الرئيس للولادة فاذا وضعت يد على الحملة وقت حصول وجع من اوجاع الطلق يحس بان الرحم تتصلب وتكتنز وتنقبض على نفسها واذا ادخل الاصبع في المهبل يدرك توتر الفوهة ورقتها واتساعها وانقباضها على حسب زمن الطلق فاذا انقطع الطلق لم يستشعر بشيء من ذلك فتسترخي جميع الاجزاء فان عادت عادت ظواهر الانقباض ويتضح ذلك زيادة اذا اضطرت القابلة لان تدخل يدها في باطن الرحم فانها كما تلتزم حينئذ بان توقف حركاتها وقت كل انقباض تفقد ايضا جميع حساسية يدها وقوة تأثيرها فتنقع في خدر ولا تدرك ما تلمسه وايضا من المعلوم المشاهد عند جميع القوابل انه قد لا يمكن وقت الطلق ادخال شيء في العنق وانه اذا اريد التفتيش عن شيء مجمد في الرحم او على المشيمة او الجنين نفسه يشاهد ان اليد تدفع بقوة عظيمة الى الخارج احيانا فالتحقيق ان الانقباضات الرحمية قد تكفي وحدها لاندفاع الجنين وقد اتفق ان الحمل وصل لتمام اشهره وحصلت الولادة من ذاتها مع انه كان هنالك سقوط تام للرحم وقد وضع كثير من النساء في حالة اصابتهن بنوبة السبات والاسفكسيا والتشنج الطويل ومثلهن اللواتي ضعفن من طول مدة مرض او نزيف او آلام غير متعلقة بالولادة او استسقاء او التهاب صدري او هذيان او جنون واللواتي كانت عضلات البطن فيهن رقيقة ضعيفة بحيث فقدت قوة انقباضها واللواتي فيهن جبن وخوف وضعف وهزال او كان

تركيبهن ليتفاوبا زائد الوضوح

(المبحث الثانى)
(فى الاسباب المحدثة التابعة)

قد تحتاج الرحم فى كثير من الاحوال للاستعانة بفعل الحجاب الحاجز والعضلات البطنية فعلى رأى هالير لا تنقبض الرحم الا لتمنع الجنين عن ان يتسلط على نفسه ولتقهر احد طرفى قطره القعدوى العصعصى على النفوذ من المضيقين فعند انقباضها تمسكها عضلات البطن من الامام والجانب وتمنعها عن ان تزوغ وتميل الى جهة او الى اخرى فتكون تلك العضلات لها كقناة صلبة متصلة بالحوض فاذا انخفض الحجاب الحاجز حينئذ ذهب ذلك الانخفاض كله لقعر الرحم فينقاد عنق الرحم لذلك فيندفع الجنين منه من اعلى الى اسفل ويخرج من اعضاء التناسل ومن البعيد ان يكون للحجاب الحاجز تأثير على الرحم وانما يكون نقطة ارتكاز صلب للعضلات البطنية فاذا حصل منه فعل اتسع الصدر فتمتلئ الرئتان بالهواء ثم ينطبق المزمار وبعد ذلك ينقبض الحجاب الحاجز فيعطى لقاعدة الصدر المسدولة من الباطن بالرئتين المتمددتين بالهواء سكونا وصلابة فتتخذها القوى العضلية محل تثبت وارتكاز لا يمكنها ان تحصلها من غيرها فعلم من ذلك ان اعانة الحجاب الحاجز للرحم ليست حاصلة من ضغطه على الاحشاء من اعلى الى اسفل كما هو المظنون عموما وانما ذلك من جعله الصدر فى حالة تقاوم انقباضات عضلات البطن التى تؤثر تلك الكيفية فى الجسم المنقذف ايضا

وفى كثير من النساء تنقبض الرحم اولا وحدها الى ان ينغمس الجنين فى تقعير الحوض فحينئذ يحصل احساس بثقل وتعنى وزحير يقهر عضلات البطن على ان تعين بانقباضها هذا الاندفاع ومتى حصل المقصود للرحم وهو اتساع عنقها كانت غير محتاجة للتعاون فاذا كان الاتساع كافيا خرج الجنين بنفسه من تلك القناة الصلبة الضيقة جدا فيحتاج حينئذ لقوى عظيمة فاذا اشتدت افعال الرحم تنبهت افعال جميع عضلات الجسم فبتأثير الرأس

والاطراف التى كانت ساكنة قبل ذلك والصدر المتسع والحجاب الحاجز المنخفض والرئتان المملوءتان بالهواء والمزمار المنطبق يحصل فى جدران البطن المثبتة بقوة على الحوض ودائرة الصدر انقباض شديد من الامام الى الخلف والجوانب واما الاحشاء فلكونها لاتقدر على رفع الحجاب الحاجز الفاصل لها عن الرئتين تنقل لقعر الرحم الانضغاط الشديد الذى تأثرت منه فحينئذ يبرز هذا العضو المسوك من جميع الجهات بجميع قوته ليقذف الجنين من العنق المنقاد لذلك فهذا هو السير الذى يشاهد غالبا فى تلك الحركات لكن قد تستدعى بنية المرأة خلاف ذلك فلا تحتاج لمثل هذا التعاون فقد تكتفى الرحم بنفسها فى بعض الاحوال وتتم وظيفتها بدون تعاون وبدون مشقة وقد تضعف احيانا بسبب توتر مفرط يحصل فيها فيتلف قوتها بترقيقه جدرانها او بسبب انقباضات طويلة متضاعفة او تغير او استعداد طبيعى فيها يتعب وظائفها فتنقاد للعضلات وقد تتوجه تلك العضلات بنفسها فى بعض الاحوال فتحصل فيها قوة على دفع الجنين مع مساعدة ضعيفة من الرحم وهذه هى الحالة التى يكون جزء من وظيفة الولادة فيها احيانا اختياريا كالقىء فى بعض الاشخاص والبراز والتبول فان عندنا مشاهدات غاب طلق المرأة فيها عند ما دخلت عليها التلامذة لمشاهدة ولادتها ولما خرجوا رجع لها الطلق وتمت الولادة غير ان هذه كلها مستثنيات والقاعدة الكلية هى ان الارادة ليس لها تأثير فى سير الولادة الا بتوسط عضلات البطن والحجاب الحاجز ولا نقول قولا مطلقا ان انقباضات الرحم المصحوبة باوجاع شديدة تكون خارجة عن سلطنة الارادة

(الفصل الثانى)

(فى الاسباب المتممة)

اضطربت الاراء فى جميع الازمنة فى منشأ هذه الاسباب فينسبونها تارة للجنين وتارة للرحم وتارة لغير ذلك من اجزاء الام ويصح ان تقسم الى طبيعية وعارضية فالاولى ينبوعها يقينا يكون فى الجنين وفى بنية الام وتوجد فى جميع الاحوال وتنسب للولادة الحقيقية والثانية تأتى من الخارج فهى غريبة

عن البنية وتنشأ من مرض البذرة او الرحم او استعداد مخصوص فيها او نحو ذلك وهى فى الحقيقة اسباب الاجهاض فلذلك لا نطيل الكلام فيها هنا

ولما ظنوا ان الجنين يفتح لنفسه ممرا يخرج منه الى الخارج قالوا باختراعهم ان ماء الامنيوس اذا صار حريفا مهيجا نبه الجلد تنبيها مؤلما ويحصل فى المثانة والمستقيم الممتلئين احدهما بالبول والثانى بالعقى احساس باستفراغ المواد التى فيهما وترتفع درجة حرارة الرحم فيلتزم الجنين ان يفتش فى الهوآء على وسائط الترطيب والتبريد ولا يمكنه ان يعيش بدون تنفس ويضيق عليه الحال بسبب انسداد القنوات الرحمية المشيمية وجزء من المجموع الوعائى للمشيمة نفسها ولا تأتيه مواد كافية لنموه فيحمله ثقله وكماله على ان ينفصل كثمرة تنضج فتسقط من جذع شجرة ولا تتم دورة الدم فيه الا بفعل الرئة لكن نقول اذا تذكرت ما اسلفنا لك علمت رد ذلك كله كيف وقد اثبتنا لك ان الجنين ليس هو السبب الفاعل لخروج نفسه لكن من حيث انهم زعموا من جهة اخرى ان الانقباضات الرحمية لا تحصل الا من تأثير اسباب التعب والمشقة والاحتياج من الجنين لزم ان ننظر فى ذلك ببعض كلمات

فاولا هذه الاسباب ليست مؤسسة الا على امور فرضية وذلك لانه لا يوجد فى الجسم البشرى سائل قليل الحرافة غير ماء الامنيوس فاذا اكتسب احيانا صفات مهيجة فذلك كما يكون فى التاسع يكون فى السادس والسابع والثامن ولا يمكن ان يؤكد فى هذه الاحوال ان انتهاء الحمل تقدم عن وقته يوما واحدا واما احتياج الجنين لتفريغ عقيه او بوله فيرده انه قد يمكث بعد الولادة مدة ايام بدون استفراغ شئ من ذلك ومن الذى قال لك انه يوجد خارج الموضع الذى انت فيه هواء رطب تستنشقه فينقص حرارة دمك مع ان درجة حرارة تجويف الرحم مثل حرارة بقية الجسم فان ميزان الحرارة وضع فى تجويف الرحم وقت الولادة فلم يرتفع زيادة عن ارتفاعه عند وضعه فى فم المرأة حينئذ على انه ثبت بالبحث الجيد ان حرارة الجنين ليست محرقة بل هى انزل بدرجتين عن حرارة الام ما دام فى الرحم وليس بصحيح ان الهيئة التشريحية للمجموع

الوعائى الرحمى الجنينى تختلف وقت الولادة عما تكون قبل ذلك ببعض اسابيع ولان البذرة تكون اقل قابلية لنفوذ السائلات واقل التصاقا فى آخر الحمل منها فى وسطه واوله واما تشبيه انفصال الجنين بانفصال الثمرة الناضجة من فرعها فهو وان كان تشبيها بديعا من الطبيب بلو منباك الا انه غير واضح بالطبيعة

وثانيا اذا كان حقا ان الحركات الجذابية القوية الشبيهية بالتشنجية من الجنين قد يظهر عنها الطلق احيانا يكون من اليقين ايضا ان ذلك عارض يلزم ان يعد من اسباب الاجهاض وان الغالب ان الولادة تحصل بدون ان يحصل شئ من ذلك والطبيب ريدرير الذى رد على من يقول بالشقلبة ذكر ان اغلب معاصريه لا يقولون بها وان الرأس ينزل شيأ فشيأ بواسطة ثقله واما ضيق القناة الشريانية والقناة الوريدية وثقب بوتال فمن حيث انه يكون فى جميع الاجنة بدرجة واحدة لم يصح جعله سببا ظاهرة لا يختلف وقتها الا نادرا مع ان اختلافه غير مناسب لدرجة الضيق

وزعم بعضهم ان سبب ذلك حصول خلو فى الرحم بسبب تغير المياه فلمرونة ذلك العضو يرجع حالا على نفسه لازالة ذلك الخلو لكن نقول ان زاعم ذلك جعل النتيجة سببا فاختلط عليه الحال * وبعضهم جعل السبب المولد هو الحركة الدورية لازمنة الحيض ونقول فى رد ذلك اولا ان عادة الحيض فى اكثر الحوامل لا توجد وثانيا ان الاستشعار بلوازم تلك العادة فى من يستشعرن بها يكون اقوى كلما كانت اقرب لوقت انقطاعها فيكون الواقع عكس مازعموه على انه يكفى ان يتذكر ان تاسع دور للحيض قد يحصل فى بعض النساء من ابتداء الشهر الثامن واحيانا السابع والغالب حصوله فى آخر العاشر وان منهن من تحيض فى السنة مرتين اوثلاثا واما اختلاف مدة الحمل فكثير بحيث قد يشك فى وجوده مع كثير من النساء * ومنهم من جعل السبب هو كمال تركيب الرحم بحيث صار فيه ميل للانقباض بسبب كمال نمو اليافه العضلية لكن يعارض ذلك بالولادة الكاذبة والولادة قبل اوانها ومنهم من قال فى علة ذلك

ان انبساط الرحم مقصور الى حد ما فاليافها التى تعبت من استدامة تمددها لا تنقاد فى آخر التاسع ولا تقبل التأثير من الجسم الذى مكث مدة طويلة يتمدد فيها وذلك يكون سببا لانتهاء الولادة لكن يرد هذا الرأى بان ظاهرة نموا لرحم ليست آتية من غيرها وان الحمل التوءمى او الذى اكتسبت فيه البذرة بسبب ما حجما عظيما لا يكون انتهاؤه اسرع من الاحوال التى يكون الرحم فيها صغيرا جدا

واما رأى لوفريت وبودلوك فهو الذى عليه الآن اكثر الناس وهو مؤسس على انتظام الالياف الرحمية وعلى مشاهدة ظواهر الحمل ويظهر انه احسن من غيره وحاصله انه اذا اعظم تجويف جسم الرحم وحده مدة الاشهر الاربعة او الخمسة الاول ولم يتسع عنق الرحم بعد ذلك الا تدريجا من اعلى الى اسفل مختلطا مع التجويف الاول فذلك ناشئ من كون الياف الجسم والقعر التى هى موضوعة بالطول واكثر لينا وانبساطا من غيرها تتمدد وتنقاد اسهل من الياف العنق التى هى مستديرة واكثر اندماجا وتضايقا وموضوعة بالعرض فيكون بين تلك الالياف كلها موازنة او مضاربة تنتهى بالولادة فالياف الجسم ينبغى ان تعتبر بمنزلة عرى كثيرة تعانق البذرة فى تقعيرها واطرافها مثبتة فى محال مختلفة من دائرة العنق فتنقاد تلك الالياف للتمدد فى الابتداء بدون تعسر وبدون ان تؤثر على الالياف الثوانى ثم قرب وسط الحمل تجذب باستطالتها الياف العنق فتزيل حلقاتها او توجد هكذا على التعاقب مجذوبة بجسم الرحم حتى لا يبقى فى آخر الحمل اثر فناة من الاسفل اصلا وانما يكون هنالك فتحة دائرتها تختلف فى السمك فتحصل اذ ذاك موازنة بين عنق الرحم وجسمها لكن لما لم يبق المقاوم للالياف العروية الا بعض الياف استدارية قليلة سهل عليها غلبتها فتنقطع الموازنة بينها وبين تلك الالياف وتبتدأ الولادة*

فعلى مقتضى هذا التوضيح نعرف السبب المتمم للولادة بانه ميل الياف جسم الرحم لان ترجع على نفسها وهذا الميل او الحركة لا يكون نتيجة حقيقية محسوسة الا من الوقت الذى لا يقدر العنق فيه على ان يجهز للرحم اتساعا*

واما

واما الحكيم بنيت فوضح بما فيه بعض مخالفة لذلك حيث قال لا شك ان السبب المتمم لانقباضات الرحم ليس تهيجا يتألم منه الرحم اذا بلغ الحمل نهايته فانا اعتبر العنق كمخزن وضعت فيه الطبيعة للحفظ جملة الياف عضلية مدخرة لوقت احتياجها لها فتجهزها بنموها لاجل انبساط الرحم مدة سير الحمل ففي الانتظام الطبيعي متى ابتدأ الانبساط سار باستواء مع نمو الجنين وانتظام حتى ان الجنين اذا صار ناميا كفاية بحيث يتحمل تأثير الفاعلات الخارجية ويتخلص منها انقادت جميع الياف العنق فيخلو ذلك المخزن مما فيه فالولادة تحصل اذا استعملت جميع الالياف التي كانت مدخرة في محال مختلفة من الرحم ولاسيما في سمك عنقها ولا تزال الرحم قابلة للانبساط ما بقي شيء من تلك الالياف ولا يحصل للرحم تنبه من ذلك لان هذا النمو قليل بسيط لا يقدر على احداث هذا التنبه قال المؤلف وهذا التوضيح ارجح من التعويل الذي ذكره بودلوك والمضاربة بين الالياف الموجودة في محال مختلفة من الرحم بديعة غير ان ذلك لا يكفي في التوضيح فان الظاهر لي ان الرحم اذا ندى بسائل مدة الحمل كان غاية ذلك نشر ثنيات اليافه نشرا قويا وهذا النشر يحصل اولا في الجسم والقعر لان الجنين يسكن هناك في الابتداء ثم يحصل بعد ذلك في العنق بمثل تلك الكيفية اي بسبب تراكم اجزاء السائل التي تفرق شيأ فشيأ الاجزاء المركبة للالياف فمتى حصل هذا النشر وتم للرحم اذذاك كمال تركيبه العضلي حصل في ذلك العضو انقباض لاجل دفع الجسم المالئ له ويبتدأ ذلك عندما يحصل فيه تهيج شديد وتنطبق على هذا التوضيح الولادة الكاذبة والولادة قبل اوانها والولادة المتأخرة واما الحمل الخارج عن الرحم فيحتاج لتوضيح آخر فاذا نمت البذرة في البوق او في البطن او في جدران الرحم فمن اين تكون الموازنة بين فعل الياف العنق والجسم واين مخزن الادخار واين النشر للالياف الذي صيرهذا التوضيح ببادي الرأي احسن من غيره وبالجملة فكلما اريد التعمق في بحث الاسباب المتممة للولادة زادت الاعتراضات على الاراء التي قيلت قال المؤلف ويمكن ان نقول ان اسلمها واحكمها هو قول ابن سينا

وهو ان الله تعالى قدر حصول الولادة فى زمن معين وهلا كان نظير ذلك عدم معرفتنا السبب المتمم لانقباضات القلب وغير ذلك من الافعال والامور الواقعية التى اخذناها بالقبول كقضية مسلمة

(القسم الثانى)

(فى طلق الولادة)

الولادة يحصل منها جملة ظاهرات موضعية وعامة يسمى مجموعها بالطلق ولما كانت كثيرة وتظهر متعاقبة اجتهدوا كثيرا فى تقسيمها الى اقسام اى ادوار وازمان ليسهل ترتيبها فى الحافظة غير ان هذه الاقسام انما هى اصطلاحية اتفاقية فلذلك توجد مختلفة فى جميع المؤلفات واول من قسم الطلق تقسيما مقبولا للعقل هو الحكيم دانمان فجعله ثلاثة ازمان * الزمن الاول يبتدأ من ابتداء الاوجاع وينتهى اذا انمحى اثر العنق بالكلية او انفجر القرن * والزمن الثانى يمتد من ذلك وينتهى بالاندفاع التام للجنين * والزمن الثالث هو اخراج المشيمة فيتكون من كل زمن دور محدود واما الطبيب بورن فلم يذكر الا زمنين حقيقيين وجعل لتخليص المشيمة طلقا مخصوصا قال المؤلف ويظهر لى ان هذا اقبل للعقل ومؤلفنا قسم الطلق الى زمنين رئيسين احدهما ينتهى للوقت الذى يكمل فيه اتساع العنق والثانى يبتدأ من ذلك وينتهى بخروج الولد قال وانما ازيد على ذلك دورا غير متعلق بذلك وهو الذى سماه القابلة بواقين بالعلامات المقدمة او المسابقة فتكون الادوار ثلاثة وان اردت الاطلاع على التقاسيم التى وضعها المؤلفون للطلق واختلافاتهم فيها فالق النظر لمحة على هذه الكلمات

الاول ساكس تروف ٥ ازمنة * ١ علامات مقدمة ٢ سيلان المادة اللزجة ونزول القرن ٣ سيلان المياه ونزول الرأس ٤ خروج الجنين ٥ تخليص المشيمة

الثانى الطبيب برد ٤ ازمنة * ١ اتساع الفوهة الباطنة ٢ نزول الرأس ٣ خروجه ٤ تخليص المشيمة

الثالث أوجبان ٥ ازمنة * ١ نزول الرأس للمضيق العلوى ٢ وصوله الى

المضيق

المضيق السفلى ٣ توسيعه للعنق ٤ خروجه ٥ تخليص المشيمة
الرابع رومير ٤ ازمنة * ١ علامات مقدمة ٢ اوجاع مجهزة ٣ اوجاع صادقة ٤ اوجاع اضطرابية
الخامس تيه ٤ ازمنة * ١ دخول الرأس ٢ خروجه من العنق ٣ وصوله للفرج ٤ خروج الجنين والمشيمة
السادس بودلوك ٤ ازمنة * ١ اتساع قليل فى العنق ٢ تمام اتساعه ٣ انفجار الجيب وخروج المادة اللزجة ٤ خروج الجنين
السابع فلامان ٤ ازمنة * ١ كون الرأس اعلى عن المضيق ٢ كون الحفرة الجدارية فى المضيق السفلى ٣ خروج الرأس ٤ تخليص المشيمة
الثامن ميرمان ٤ ازمنة * ١ اتساع العنق قيراطين ٢ نزول القمحدوة تحت القوس ٣ اندفاع الجنين ٤ تخليص المشيمة
التاسع بلونديل ٣ ازمنة * ١ اتساع العنق وانفجار القرن ٢ اندفاع الجنين ٣ تخليص المشيمة
العاشر لوفريت ٤ ازمنة * ١ ذباب ٢ تنبيه المرأة ٣ تكوين القرن ٤ خروج الجنين
الحادى عشر دولورى ٤ ازمنة * ١ علامات مقدمة ٢ اوجاع مجهزة ٣ اوجاع متممة ٤ اوجاع دافعة
الثانى عشر ريدرير ٥ ازمنة * ١ وجود الرأس فى المضيق واتساع الفوهة ٢ نزول الرأس فى التقعير ٣ نزوله للمضيق السفلى ٤ خروج الجنين ٥ تخليص المشيمة
الثالث عشر هملتون ٣ ازمنة * ١ الاتساع ٢ الاندفاع ٣ التخليص
الرابع عشر كاروس ٥ ادوار * ١ علامات مقدمة ٢ اتساع العنق ٣ خروج المياه ونزول الرأس فى المهبل ٤ خروج الجنين ٥ التخليص
الخامس عشر مولقنافلبوس ٤ ازمنة * ١ علامات مقدمة ٢ اتساع

٣ اندفاع ٤ تخليص
السادس عشر بجيل ٥ ازمنة ١ علامات مقدمة الى ان يبتدأ انفتاح العنق
٢ الى ان يكمل اتساعه ٣ انفجار الاغشية ومرور الرأس للتقعير ٤ وصول
الرأس للفرج واندفاعه ٥ التخليص
السابع عشر مليوت ٤ ازمنة * الزمن الاول سماه الزمن السرى لان النساء
لا تشعر به الا بعسر وهو يشتمل على جملة اعراض تظهر فى الايام الاربعة
او الخمسة او الستة المتقدمة على نهاية الحمل والزمن الثانى يبتدأ من ظهور
الاوجاع الى سيلان المياه * والزمن الثالث يبتدأ من بعد تمزق الجيب والرابع اذا
قارب الجنين الخروج واماشوسييه وادلون فجعلوا للولادة نفسها اربعة ازمنة
والخامس لتخليص المشيمة بدون ان يضعا حدا فاصلا بين الاقسام ولنشرع
فى ذكر اقسام مؤلفنا فنقول

(الفصل الاول)
(فى العلامات المقدمة) (الزمن الاول)

قد تحصل الولادة دفعة بدون ظهور علامات سابقة اى مقدمة وذلك نادر
والغالب ان البنية تظهر قوتها قبل زمن الوضع بيومين او اربعة او ثمانية
او عشرة او خمسة عشر بل وعشرين يوما فى بعض النساء فالبطن ينقص
حجمها قصا محسوسا ويقعر الرحم ينخفض بل جميع الرحم ايضا ويستشعر
بحركات الجنين اكثر من العادة ويزيد الرشح والدوالى فى الاطراف البطنية
او يظهر ذلك اذا لم يكن موجودا قبل ويحصل فى الشفرين الكبيرين انتفاخ
واسترخاء واحيانا تألم ويحسن الهضم ويزول الغثيان والقيء والشهية
الفاسدة اذا لم تكن زالت قبل ذلك والتنفس لا يكون قصيرا ولا متعبا وترجع
للمرأة بهجتها الاعتيادية وسرورها ويقل تطلبها للنوم ويقوى استعدادها
للحركة والنشاط بحيث تظن ان وقت وضعها ابعد مما كانت تتوهمه قبل ذلك
سيما اذا كان ذلك اول حمل لها ثم تحس بثقل فى الحوض والدبر وشهية كثيرة
للبراز والبول وتلين حينئذ المفاصل والاربطة التى فى تجويف الحوض

وتسترخي فلذلك تصير حركات المشي والانتقال والوقوف عسرة متعبة واحيانا مؤلمة مع ان المرأة تحس من نفسها بحسن استعداد لفعلها ثم يزيد الافراز المخاطي من القناة التناسلية فتخرج موادلزجة كثيرة تدفقية من المهبل والفرج ولا يندر ان يشاهد الرحم في حالة مخصوصة من الانقباض الليفي الضعيف الحساسية ويعتبر ذلك كانه مرور من حالة السكون الى حالة الانقباض الحقيقي اعني انه اذا لمس عنق الرحم يستشعر فيه زمنا فزمنا بتوتر وانقباض خفيف واذا بحث في جسم الرحم من اعلى العانة يحس بحصول حركة فيه وان لم يمكن ان يعين بالضبط المحل الذي ابتدأ الطلق منه

وهذا هو اجود السير لهذه العلامات وان اختلفت في العدد والسير والشدة باختلاف النساء بشرط ان لا تتحول علامات لمرض من الامراض فهي تدل على ان البنية جمعت قواها وضمت وسائطها وفعلت جميع استعداداتها المناسبة حتى تتم الوظيفة التي اخذت في تجهيزها من زمن طويل واما توضيح حصول هذه الاشياء وسبب منشائها فسهل طبيعي لانها كلها مرتبطة بمباشرة او بواسطة بتغير وضع الرحم فان هذا العضو بامتداده في تقعير الحوض لابد وان يضغط بقوة على المستقيم والمثانة والضفائر العصبية والاوعية الدموية فمن ذلك يحصل التعني والزحير والاحتقان الليمفاوي او الدموي في الاطراف البطنية والفرج واسترخاء الارتفاقات وتكون المادة المخاطية وغير ذلك وبانخفاض هذه الرحم وبعدها عن القسم الشراسيفي تجعل كلا من المعدة والكبد في اطلاق تام * ويقل ارتفاع الحجاب الحاجز الى الاعلى فيزيد تمدد الرئتين عن ما كان قبل ذلك وهذا هو سبب اطلاق التنفس والدورة الدموية ووظائف الهضم ويتبع ذلك ممارسة القوى العقلية والقوى المحركة

(الفصل الثاني)

(في اتساع العنق) (الزمن الثاني)

وبعد ظهور العلامات المقدمة التي ذكرناها تبتدأ الولادة فتحس بالآلام مغصية

قصيرة المدة خفيفة منفصلة عن بعضها بمسافات طويلة وتتندى الاعضاء التناسلية الظاهرة وتظهر المواد اللزجة المخاطية ان لم تكن ظهرت مع العلامات السابقة وفى مدة هذه الاوجاع المغصية تتصلب الرحم وتستدير وتهبط بطارفها فى تقعير الحوض وتضيق جميع اقطارها وبالاختصار تنقبض فتزول شفتا بوزطنشيا وترق ترقيقا واضحا وتتوتر الفتحة فيفقد سمكها وتكتسب شكل دائرة وتضيق ضيقا ظاهرا فاذا ادخل فيها الاصبع للجس عرف ان غلاف البذرة يريدان يجتهد فى ان يدخل فيها وانها مكبوسة مدفوعة الى الاسفل وانها فقدت لينها وتوترت وزادت مرونتها وعسر خفضها * والغالب ان النساء حينئذ يرتعبن ويحزن وييأسن من حياتهن ويقلن قد حان موتنا فتزول شجاعتهن وجسارتهن وتنقل عليهن التخيلات المسيئة ويلبسن ثياب الحزن والمسكنة ويسكين ويضطربن اويبقين بدون حركة ويستشعرن احيانا بقشعريرة فى جميع الجسم

ثم ان تلك الاوجاع تزيد تدريجيا قوتها وحدتها وتطول ايضا وتتقارب ثم لم يلبث الحال قليلا حتى تختلط المادة المخاطية بخطوط محمرة اودموية وتسيل بكثرة وينفتح قليلا عنق الرحم ويتسع شيأ فشيأ وينفذ منه الجزء السفلى من البذرة مسمى بالقرن اوالجيب المائى فيبرز فى اعلى المهبل وكلما ازدادت شدة الاوجاع صار التهيج العام اشد ولا يكون فى المسافات بين الانقباضات هدو ولا سكون وتبقى المرأة فى انزعاج وقلق ولا تستقر فى مكان بل تزعل من جميع الناس ولا تقبل شيأ للغاية

وكل وجع يوجد معه شبه دورمن الحمى فيسبقه احيانا قشعريرة بل واضطراب وصرير فى الاسنان ويزيد تواتر النبض وحرارة الجلد ويحصل جفاف فى الفم واللسان وتغطى الاسنان والشفتان بقشور وتصيرهبابية كما فى حمى الضعف ثم يظهر تغير زائد ويعرض غثيان وقئ وسعال وتخرم الرأس والقوى العقلية حتى تصل الى حالة تشبه الهذيان ثم بعد زوال الانقباض ينتظم كل شئ ويزول الاضطراب ويرجع النبض لحالته الاعتيادية ويندى الفم ويرجع للجلد لونه

وحرارته الاعتيادية ويحس اذا ادخل الاصبع فى المهبل بصعود الاغشية الى تجويف الرحم واسترخائها وتنيها وبزوال الجيب المائى بالكلية وحوافى العنق التى كانت صلبة رقيقة حادة مدة الوجع تصير بعد ذلك حالا مسترخية سميكة مستديرة وبزوال الغثيان غيران البطن وسيما الشراسيف يبقى فيه غالبا حساسية عظيمة وكل وجع يحدث جملة تلك الاعراض السابقة ويعقبه تلطف وخفة تختلف مدتها وينقاد عنق الرحم شيأ فشيأ بعد ان كان فيه مقاومة عظيمة ويتم اتساعه بحيث لا يكون هناك تضايق بين المهبل وتجويف الرحم والى هنا انتهى الدور الاول من الطلق المركب من الزمنين وهو الاطول والاتعب للولادة لا الاخطر الاصعب

(الفصل الثالث)

(فى زمن اندفاع الجنين) (الزمن الثالث)

فى الزمن الاول تفعل الرحم وحدها تقريبا جميع مشاق الطلق فهى التى اذ ذاك تمدد العنق وتقهر طرف البذرة على الدخول فيه ولا تحرض حينئذ الانقباضات العضلية او تحرضها قليلا لكونها لم تضطر اليها فى ذلك الزمن وفى الزمن الثانى تكتسب الانقباضات الرحمية اولا قوة عظيمة وتدوم زمنا طويلا ويقل تباعدها عن بعضها ومع ذلك يعقبها سكون تام لكن بعد ذلك تظهر الشجاعة ويزول الحزن وبعض النساء اللاتى ثقل عليهن التعب يستغرقن فى نعاس عميق فى المسافات الفاصلة للاوجاع مع ان الانقباضات كانت فيهن فى اعلى درجة من الشدة بحيث لم يبق فيما بينها الا نحو دقيقة او دقيقتين كما شاهد ذلك المؤلف ثم يحصل احساس بثقل ونهوض بسبب الضغط على المستقيم والمثانة فتلزم المراة بان تقوى اوجاعها وتقبض عضلاتها البطنية قهرا عنها فتفعل حركات عنيفة شاقة

ثم ان القرن اى الجيب المائى السائب فى اعلى المهبل ينكسر فى اثناء وجع من الاوجاع الشديدة فيأتى الجنين المدفوع بذلك الانقباض نفسه ويشغل المحل

للذى كان فيه ذلك القرن ويسد معم الباقى من السائل بدخوله فى العنق كسدادة فيكون رأسه اذا كان هو النازل متوجا بذلك العنق والخلو الذى حصل فى الرحم من ذلك يصير الطلق بطيئا فى بعض من الزمن لكن متى زال ذلك الخلو وعادت الرحم الى حالها رجعت للاوجاع شدتها وتتابعت بسرعة وكل منها يظهر بقشعريرة عامة والاشد منها يكون غالبا مسبوقا بالاضعف الذى يكون كمقدمة له واحيانا يشاهد على التوالى وجع شديد ووجع ضعيف وهكذا بانتظام بدون ان يعتبران احدهما تابع للآخر وكلما ظهر وجع تعلقت المرأة بما تجده من الاجسام الصلبة وتستند بعقبيها على طراحاتها وتتشبث بجانب سريرها او بمن يحيط بها لتتخذها نقطة ارتكاز وتميل رأسها الى الخلف وتتنفس تنفسا عميقا وتقبض بجميع قوتها عضلات البطن والحجاب الحاجز ويتبعها بقية عضلات الجسم وينتفخ العنق والوجه ويحتقنان بالدم فيحمران وتكتسب الاوردة الوداجية حجما عظيما ويضرب الشريانات السباتيان بشدة وتحتقن الغدة الدرقية وتبرق العينان وتحمران وكانهما بارزتان من الحجاج وتظهر جميع اعراض الاحتقان المخى وتقوى الدورة الدموية العامة ويرشح العرق احيانا على جلد الرأس والصدر والبطن فقط * واما الطرفان السفليان اعنى الرجلين فانهما كثيرا ما يبقيان انزل عن حرارتهما الاعتيادية لكونهما يقبلان من الدم حينئذ اقل من العادة ثم اذا قرب الانقباض الى تمامه يبدل هذا الاضطراب الشديد بشهيق سريع متعب يحصل بعده حالا سكون جميع الوظائف

ويعد زمن قصير كما هو الغالب يأتى وجع جديد يصحبه كرب شديد وتعقبه الظاهرات المذكورة فاذا ابتدأ ظهوره يشاهد سيلان كمية قليلة من سائل الامنيوسى لان الجنين لم يسد العنق باحكام لكن اذا ظهر جزء الجنين الذى نزل اولا على الدخول فى الفوهة الرحمية المهبلية فان الانقباض الرحمى يوقف حالا هذا السيلان ثم بعد ايقافه يرجع من جديد فى آخر كل وجع لان الجنين اذا انقطع اندفاعه دخل ثانيا فى تجويف الرحم فاذا قويت الانقباضات

دخل الرأس حالا فى العنق ومر حتى يكون فى اعلى المهبل الذى يتسع تدريجا
ليقبله فينزل فى تقعير الحوض ضاغطا شيأ فشيا على المستقيم وقعر المثانة
فينقبض التعنى ويعرض سيلان البول ويحس باعتقال فى الفخذين والساقين
واذا كان المعا فى اسفل المضيق السفلى انقذفت منه المادة الثفلية الى الخارج
بسبب الضغط عليها ثم ان المهبل يزيد اتساعه من جميع الجهات بواسطة
انبساط الثنيات التى تشاهد فى سطحه الباطن فى غير زمن الولادة واختار بجيل
ان هذه القناة تنقبض حينئذ فتساعد على نزول الجنين لكن قال المؤلف
اما انا فلم ارقط ادنى انقباض فى المهبل زمن الطلق انتهى فيقرب الرأس
للمضيق السفلى فينقلب العصعص ويبرز الشرج الى الخارج كثيرا اوقليلا
ويطول العجان ويرق ذاهبا بالزاوية السفلى التى للفرج الى الامام فيصير مسطح
فوهة الفرج قريبا بالموازاة محور الجسم ويرق الشفران الكبيران المجذوبان
ويجذبان معهما جلد الفخذين ونزول قبوة العانة وليس بصحيح ان يقال
ان ارتفاق العانة ينبسط بتلك الكيفية ثم يعرض وجع اقوى من جميع
الاوجاع تصيح منه المرأة صياح يأس ويكون مركبا من وجعين مختلفين
فى الشدة وكأن البنية الطبيعية جمعت ما بقى عندها من القوة العضلية
لتقهر بها جميع المقاومات فالانقباض الاشد الذى يعرض حينئذ يوصل
الحدبتين الجداريتين الى محاذاة الحدبتين الجبيتين ثم تأتى الدرجة الاخيرة
من القوة فتلزمهما بالخروج غير انه تضعف عن ذلك وكأن البنية الطبيعية
التى الى الآن قهرت معظم الموانع ابادت نفسها فى آخر نوبة فعلها فتستيقظ
العجان ويحصل منه رد فعل قوى فينشأ من الجسم آخر اجتهاد فى احداث
وجع جديد يساعد الوجع السابق قبل ان ينقطع فعله فيبرز الرأس من الفرج
فاذا لم يتبع جسم الجنين رأسه حالا كما هو الغالب حصل سكون مدة بعض
ثوانى اودقايق ثم يأتى انقباض قصير قليل الشدة فيطرد الباقى من الجسم
ومن السائل الامنيوسى فبذلك تنتهى الولادة ويتبدل الصياح والاضطراب
والحركات العنيفة من المرأة بسكون تام لذيذ للنفس مصحوب بسرور كونها

صارت اماو يقوى رجاؤها اذا سمعت صياح ولدها وفرحت بمشاهدته فيكون هذا هو نهاية ماتقاسيه من الم الولادة * وجميع الظاهرات التى ذكرناها لايلزم وجودها فى جميع النساء ولا فى كل ولادة للمرأة وانما يوجد معظمها خصوصا فى الشابات الاقويا فى اول ولادة لهن

(الفصل الرابع)

(فى مدة الطلق)

قال السواح مدة الطلق تكون اقل طولا فى القبائل المتوحشة منها فى البلاد المتمدنة وكذلك فى السودان والهنديين الامير يقيين منها فى اهل الاسيا والاوربا وفى البلاد الحارة منها فى البلاد الباردة فهى فى ايطاليا واسبانيا والبرتوغال اقل طولا منها فى فرانسا وبلاد الموسقوب والنمسا وكذلك فى النساء اللواتى افنين حياتهن فى الكسل والبطالة منها فى اللواتى يعشن فى القرى ويتممكن على الاشغال الشاقة اللازمة لمعيشتهن والغالب ان المدة تكون من اربع ساعات الى ثمان او عشر فى هولندة وانكلتيرة وفرانسا وتقرب من ذلك فى بلاد السويد والنمسا وغلط هالير فجعل المدة من ساعة ونصف الى ساعتين فالحد المتوسط للمدة يقرب من ست ساعات لكن الظاهر لنا انه لا تأثير للتمدن والاجتماع ولا لتدبير الغذاء ولا للبلاد ونحو ذلك فى طول المدة او قصرها فقد يوجد فى المدن الكبيرة كباريس مثلا من لا تنتهى ولادتها الا فى اليوم الثالث او الرابع او الخامس او السادس من الطلق بدون حصول عوارض وبدون تخالف فى رتب الناس وقد يشاهد عكس ذلك فقد تلد المرأة العائشة فى البطالة والكسل بسرعة غريبة مثل من هى فى اعظم تعب شاق

(الفصل الخامس)

(فى الظاهرات الخاصة بالطلق)

الظاهرات الاكثر لزوما للطلق اربعة الانقباض الرحمى المسمى بالوجع واتساع العنق وتكون القرن اى الجيب المائى وسيلان المادة اللزجة

(المبحث الاول)

(في وجع الولادة)

الوجع في علم الولادة مرادف للانقباض الرحمي لكن اذا امعن النظر ظهر التغاير فان احدهما وان كان مرتبطا بالآخر ويكون على حسبه في المنشا والسير والشدة والنقص الا ان بينهما فرقا فان الولادة لا تحصل بدون انقباض مع انها كثيرا ما تحصل بدون وجع كما شوهد ذلك * هذا وقد ذكروا ان في معظم النساء توجد الانقباضات قبل الوجع بزمن طويل مع انه لا يحكم بها ولا بشدتها الا بحسب الوجع فهو علامة لها وان الاوجاع تظهر على اشكال كثيرة تختلف في الشدة بدون ان تختلف قوة الانقباضات ففي المرأة العصبية القابلة للتهيج يحصل احيانا من الانقباض الخفيف آلام شديدة بخلاف المرأة اللينفاوية التي فيها قابلية التهيج قليلة النمو فانه يقل تألمها مع كون الرحم تنقبض فيها بشدة

وربما حدث من الحياء والخوف والجبن في بعض النساء صياح شديد عند حصول ادنى انقباض في الرحم ومن الجسارة والثبات في بعضهن تحمل لاعظم انقباض بدون شكاية وقد يمنعهن عن اظهار تألمهن حضور من يستحين منه مع انهن في شدة التألم

وفي الابتداء تكون الاوجاع ضعيفة سطحية ولذلك سموها ذبابية تشبيها لها بالاحساس الخفيف الذي ينتج من لدغ الذباب او الذي يحصل من مرور الذباب على الجلد وسموها ايضا بالاوجاع الاولية والاوجاع الصغيرة فتظهر بقشعريرة في جسم الرحم وتتولد في القسم السري وتفنى فيه او تمتد للحتلة والخاصرتين ،

فاذا توقف الطلق بعد ذلك سميت الاوجاع الطويلة الشديدة القريبة لبعضها محضرة على حسب ما قال برتوت حيث سمى ايضا اوجاع الزمن الثاني دافعة او متممة وذلك لان هذه الاوجاع المحضرة تحضر اندفاع الجنين وتوسع العنق فهي تذهب من حوالى السرة نحو الزاوية العجزية الفقرية او من مركز المضيق

وفى مدتها تكون المرأة عديمة الصبر قلقة حزينة زعولة تصيح صياحا مهولا ولعل ذلك ناشئ من تكون الرحم توترو حدها وتترك للمرأة اطلاق الممارسة بحساسيتها العامة

ثم فى آخر الزمن الاول وخصوصا فى الثانى تتغير صفات الاوجاع تغيرا محسوسا وتسمى حينئذ بالاوجاع الدافعة كأن الطبيعة صيرت جميع الاعضاء خادمة لدفع الجنين وتسمى ايضا بالاوجاع العظيمة وهى اقوى واطول واتم من الاوجاع الاول وصفتها انها منفصلة عن بعضها بمسافات اقطع واسكن فيتولد عنها سيلان البول والدمى اوحس الثقل الذى يحرض فعل العضلات البطنية فتلتزم المرأة بان تفعل حركات شاقة لتعاون الرحم وتلك الاوجاع مع شدتها لا تزعج الحساسية الا بخفة وتحملها مع الثبات والصبر واما الصياح فلا يشبه صياح الزمن الاول والفرق بينهما واضح بحيث ان القوابل تعلم بمجرد سماع الصياح ان المرأة فى الزمن الاول او الثانى فصياح الزمن الاول حاد ولا يختلف فى الحس عن ما تحدثه الانواع الاخر من الاوجاع وصياح الزمن الثانى بالعكس فيكون مكتوما مخفيا مشابها لما يحصل من شخص حامل لثقيل والصياح الاول خالص ويحصل مدة رد النفس والثانى يحصل مع انسداد المزمار ولا يسمع الا مدة اخذ النفس والاول صياح تألم والثانى صياح عمل شاق

فاذا قرب الوضع اشتدت الاوجاع جدا فى بعض الاحيان والغالب ان يصحبها اضطرابات تشنجية يظهر فى مدتها كأن عظام الحوض انحلت مفاصلها اوانكسرت وجميع اعضاء التناسل تكون مهددة بتمزق قريب وتسمى هذه الاوجاع حينئذ داقة وهى وان كانت تسمية مبهمة غير مناسبة الا انها توضح الحالة الحاصلة وليس لها صفة مخصوصة الا زيادة شدتها ولا تختلف عن الاوجاع الواخزة الحقيقية * ثم ان اتجاه الاوجاع ليس متحدا فى جميع ازمنة لطلق والغالب انه يتبع المحور الكبير للرحم او القطر المقعدوى العصعصى للطفل ويوجب ذلك ينتهى فى محل يكون اقرب لمركز الفرج كلما قرب الجنين

الدخوله فى المضيق السفلى فينتج ذلك ان الانحراف المقدم للرحم يكون من الاسباب الواضحة لهذه الاوجاع الثقيلة المسماة باوجاع الكلى التى سنتكلم عليها

الاسباب والمجلس للاوجاع * وجع الولادة يحدث من الانقباضات الرحمية قال استين المرأة تلد بلا وجع اذا لم يحصل من الطرف السفلى للرحم او الاعضاء المجاورة له مقاومة شديدة لمرور الجنين فاذا حصلت تلك المقاومة حدثت الاوجاع من مضاداتها ولوفريت جعل السبب مقاومة البذرة ومنهم من قال كون مجلس الوجع فى عنق الرحم اكثر من كونه فى جسمها وذلك لان هذا العنق يقبل اعصابه من الضفيرة العجزية المنسوبة للمجموع العصبى المخى بخلاف جسم الرحم فانه يأخذ اعصابه من الضفيرة الخثلية المنسوبة للمجموع العقدى الذى ليس من صفاته الاتصال بالمخ * فاذا كان حقا ان العنق يمتع بحساسية قوية ويقبل جزءا من الاعصاب اعظم من باقى العضو وان جميع الاعمال الشاقة للرحم تصل له يكون من المحقق ايضا ان الاوجاع مدة الانقباضات القوية والضعيفة يحس بها ايضا فى جميع سعة الرحم فان كان ضغط الجنين والجذب الحاصل على العنق هما السبب الوحيد للوجع لزم ان المرأة لا تتألم عندما يحصل الاتساع مع انها حينئذ تتألم باشد ما يكون وهل وقت التخايص يجعل مجلس الالم فى العنق

ومنهم من جعل الوجع حاصلا من ضغط الاعضاء المحوية فى الحوض كالضفائر العصبية مثلا وقالوا ان انقباضات الرحم ليست فى نفسها مؤلمة اكثر من انقباضات المعدة والمثانة لكن نقول اذا انضغطت الاعصاب القطنية او العجزية انضغاطا عارضيا يحس بالالم فى الاطراف السفلى لا فى تقعير الحوض وايضا فان الاوجاع فى الابتداء كما فى الآخر ايضا تسعى من اعلى الى اسفل وتشغل جميع الخثلة لا الحوض الصغير فقط وما دام الرأس باقيا اعلى المضيق العلوى وكان مجيء الجنين بالعرض او بالقدمين لم يصح ان تنسب الاوجاع لهذا الضغط وبالجملة فالسبب الذاتى لهذا الوجع غير معروف بالكلية وهى مسئلة

فسيولوجية تستدعى بحثا جديدا وانما غاية ما ثبت من المشاهدة ان جميع اجزاء الرحم قد تكون مجلسا للوجع مدة الطلق مجتمعة كانت او منفصلة وان الجذب الحاصل فى العنق قد يعين فى بعض الاحوال على حصول ذلك الوجع وان ضغط الاجزاء المجاورة قد يتسبب به ايضا

واما سبب تقطع الوجع ففيه نزاع طويل قالوا اذا ابتدأ الوجع ولم ينقطع بان لم يوجد منه الا وجع واحد فقط فان المرأة لا تطيقه بل تموت ولا بد فلما كان منقطعا سهل تحمله قيل وسبب التقطع هو المقاومة التى يعارض بها الطفل الانقباضات الرحمية نظير ما قاله لوفريت فى سبب الاوجاع نفسها وقيل ان الرحم اذا انقبضت بقوة فالاعصاب المضغوطة بين طبقاتها او على وجهها الباطن بالوجه الظاهر للبذرة لم تلبث قليلا حتى تنتج خدرا يوقف بالضرورة جميع الانقباض لكن يلزم ان تكون الاوجاع طويلة وقريبة لبعضها جدا لا برهية ولا متباعدة عن بعضها فى ابتداء الطلق حيث تكون الانقباضات ضعيفة جدا واما فى نهاية الطلق فيلزم ان تكون قصيرة متباعدة عن بعضها لكون الضغط فجائيا وشديدا وعلى هذا الرأى لا توضح توضيحا كافيا الاوجاع التى تصاحب تخليص المشيمة والتى تعرض بعد الولادة وتبقى حافظة ايضا لوصف التقطع وقيل ان التقطع ناشئ من انفصال المشيمة اعنى ان غاية كل انقباض رحمى هى فصل جزء صغير من المشيمة فاذا حصل هذا الفصل انقطع الوجع كالانقباض ايضا لحظة لكن يضعف هذا الرأى ان المشيمة قد تخرج احيانا قبل الجنين وتبقى الاوجاع على تقطعها الى آخر زمن الطلق واحيانا تبقى المشيمة حافظة لالتصاقاتها حتى بعد الولادة ومع ذلك لم يتغير سير تقطع الآلام واذا قلنا كما قال مليوت ان سبب ذلك هو انقطاع انقباض الالياف العضلية وقعنا فى الدور المعيب وكأننا حولنا المسألة لوجه آخر لا اننا اجبنا عنها وقال الطبيب دوبس ان فى مدة الانقباض يندفع الدم فى الدورة العامة فيذبل الرحم وينقطع الوجع ثم يأتى لها فيضان جديد فيظهر الانقباض انتهى ورد هذا يعلم مما ذكرناه قريبا فليس بمقبول وبالجملة لا نعرف جيدا سبب

تقطع الاوجاع اولا انقباضات الرحمية كما لا نعرف ايضا سبب تقطع الانقباضات القلبية والمعوية وجميع العضلات عموما وكذلك جميع التقطعات العضوية والوظيفية وحيث لم يمكن ان يحصر جسم من اليد بقوة من غيران يضطر حالا للتلاشيه فلاى شئ لايكون انقباض الرحم معقوبا بالتلاشى مع ان طبيعته الظاهرة فى كلا الحالين واحدة ويلزم ان يكون السبب واحدا وكيف يجتهد فى البحث والتفتيش عن احدهما مع التوافق على ترك الاخر وبالاختصار فهذه مسئلة فسيولوجية اظن انها تبقى زمنا طويلا بدون جواب

(المبحث الثانى)
(فى اتساع العنق)

الوجع هو الظاهرة الاولى التى تدل على طلق الوضع لكن ليس هو الالزم الادوم اذ كثيرا ما حصلت الولادة بدون وجع كما ذكرنا * واما اتساع العنق فلا تحصل الولادة بدونه فهو من حيث انه مطيع لقوة الانقباضات الرحمية يلزم ان يعرف سيره جيدا ففى الابتداء يكون بطيئا قليل الادراك وفى الانتهاء يحصل بسرعة عظيمة وعموما يلزم له زمن طويل حتى تبلغ اقطاره اقل من الريال الفرانسا بقليل ثم يصل الى زمن الكمال وهو ان يكون عرضه من قيراطين الى ثلاثة والفوهة التى تكون فى الغالب رقيقة حادة تظهر اذا لمست فى الابتداء على هيئة حلقة متوترة فى اول ولادة للمرأة بخلافها فى النصف الثانى من الزمن الاول فانها تسمك وتنتهى احيانا بان تكون على هيئة حوية مستديرة الحوافى كانها فارة امام الجنين فاذا مر الرأس من المضيق اودخل فيه ذهبت تلك الحوية بالكلية ويشاهد فى النساء اللاتى ولدن كثيرا عكس ذلك فحوافى العنق التى تكون اولا لينة مسترخية جدا تبقى احيانا حافظة لسمك بعض خطوط مع ان الاتساع تقدم تقدما مناسبا ولا ترق تدريجيا الا فيما بعد حينما يبتدأ تكون القرن ولكن هذا الترقيق فى هاتين الحالتين قد لا يكون على هذا الانتظام المذكور فى جميع الدائرة فقد شاهد المؤلف كثيرا رقة النصف الخلفى

من تلك الدائرة بحيث كان كورقة الكتابة مع ان نصفها المقدم تكون منه
بين الرأس والعانة حوية سميكة فى غلظ ثلاثة خطوط او اربعة فينبغى التنبه
لتلك الحالة اذا اريد تعيين مدة الطلق فقد يتفق ان يلمس شخص النصف المقدم
للعنق بدون ان تذهب اصبعه الى الخلف فيحكم بان الولادة انما تحصل بعد زمن
طويل وان يمس آخر النصف الخلفى فقط ويحكم بحصول الولادة فى الوقت
ولا يخفى ما فى ذلك من الالتباس

وشكل العنق مدة التمدد يختلف كاختلاف سمك الحوافى فيكون مستديرا
استدارة تامة اذا كان محاذيا لمركز الحوض والغالب ان يكون بيضاويا بحيث
ان جزءه الاعرض يكون ملتفتا الى الخلف ويكون الى اليمين او الشمال
على حسب كون قعر الرحم مائلا الى جهة كذا او كذا واحيانا يكون ايلبسيا
اى على شكل قطع ناقص سيما اذا جاء الجنين بالعرض وقد يكون غير مستو
وذلك ينشأ من كون اجزاء الفتحة ليست مستوية فى القوام ولا فى قابلية
الاتساع

ثم ان القائلين بان الجنين هو السبب المتمم للولادة يلزمهم ان يقولوا بانه
هو السبب المنتج لتمدد العنق وهذا هو رأى العامة بل وبعض المؤلفين لكن
منذ عرف ان العنق يتسع فى اندفاع الجنين الميت كلا او بعضا كما يتسع
فى قذف الجنين الحى ترك هذا الرأى نعم هذا لا يستدعى ان الجنين لا فعل له
اصلا فى هذه الظاهرة وانما يستدعى انه ليس هو السبب الفعال الاصلى لذلك
وانما هو معين لسبب آخر وقوة اخرى

فالعنق مكون من الياف لحمية تقصر وتميل بان تقرب للخط المستقيم اذا انقبضت
والرحم مكونة من الياف مقوسة اكثرها واقواها يشغل قعرها وجسمها
والعنق هو الجزء الاضعف منها والجنين جسم يقل قبوله للانضغاط فيلزم
ان يبتدأ اتساع العنق مع انقباضات الرحم فالالياف القائمة والمنحرفة تجذب
بطرفيها التى هى النقط المتحركة منها الالياف الافقية التى ترتبط عليها
او تتصالب معها نحو وسطها بحيث يوجد هناك الجزء الثابت الحقيقى

والالياف

والالياف المستعرضة بضيقها على الجنين الذى هو جسم بيضاوى منتظم تميل بالضرورة لان تزلقه نحو طرفه او قاعدته لكن من حيث ان عددها على المنطقة المستعرضة المتوسطة اقل من عددها اسفلها ينتج من ذلك ان الالياف المستديرة التى فى النصف السفلى من الرحم تقاوم وحدها فى الانقباض العام الافعال القوية التى تصدر من جميع الالياف المستطيلة والالياف المستديرة التى فى نصفها العلوى

ونقول من وجه آخر ان البذرة الذى لا يمكن ان تندفع من تقعير الالياف الرحمية الاغور والمحل الاضعف مقاومة من العضو تدخل فى الفوهة التى تنفتح نصف انفتاح فتصير سببا قويا لتمدد العنق وان كان ذلك سببا تابعيا وتؤثر فى تلك الحالة كتأثير خابور فتكون قوة مساعدة للقوة الحيوية اى العضوية وان كانت فى ذاتها عديمة الفعل فاذن يصح ان نختار ان البذرة تنخفض والعنق يرتفع ولو لم يكن الحال كذلك لا نزلق هذان الجزءآن المنقادان لقوة واحدة وهى انقباض الرحم احدهما على الاخر ولزم ان الثانى وهو العنق يتسع بمقدار القوة التى ينزل بها الاول

وفى ابتداء الطلق اذا انفتح العنق نصف انفتاح يعرف باللمس انه لا يتسع مدة الوجع وانما يضيق لكن بحيث انه بعد ذلك حالا يبقى اوسع مما كان ويشاهد عكس ذلك عندما يبتدأ تكون القرن فالعنق يتسع اتساعا عظيما وقت الانقباض ويضيق كثيرا او قليلا عندما يزول ذلك الانقباض

ومعرفة سبب تلك الخصوصية سهلة وذلك لان الياف العنق فى الابتداء تقاوم بقوة شديدة فعل الياف جسم الرحم وقعره فمن حيث ان الرحم تنقبض جميع اجزائها فى آن واحد لا ان احد مسطحاتها ينقبض دون الاخر كما ظن ذلك بعضهم او بعد الاخر على التعاقب كما ظن آخرون فالفوهة بدل ان تتسع او لا لتدخل فيها الاغشية تضيق كانها تسد ثمرها اما فى الدور الذى يأتى بعد ذلك عندما تكون الفتحة كافية بحيث يمكن ان يسكن فيها طرف البذرة فان القرن المانى ينضم مع انقباض الرحم فيقهر ان العنق على الاتساع

ثم بعد سيلان المياه يدخل رأس الجنين فى محل القرن الامنيوسى فيؤثر على العنق بمثل ماذكر لكن معظم الممارسين يظنون ان الرأس اقل اعانة على الاتساع من طرف القرن لكونه ليس منتظما مثله ولا يتكون منه ورم متوتر مثل ما يتكون منه ونقول سيأتى لنا فى البحث عن انفجار البذرة قبل اوانه ان هذا محتاج لمشاهدات جديدة * ثم من ذلك الوقت تتحول الدائرة الرحمية الى حوية يختلف سمكها فى النساء اللاتى هن فى اول ولادة لهن وان الاتساع يظهر كانه نقص بحيث يظن منه ان الطلق تقهقر لانه تقدم

(المبحث الثالث)

(فى سيلان المادة اللزجة)

يسمى بذلك او بالمادة المخاطية ندف صفرا فاقعة او بيضاء مخضرة تخرج من اعضاء التناسل مدة الولادة وهى تختلف عن المخاطية الانفية بكونها اقل لزوجة ويتكون منها اصرومكببة اقل التصاقا واكثر زلالية وتخرج كتلا اوندفا سيما وقت الانقباضات وتظهر احيانا قبل ابتداء الطلق ببعض ايام فتكون احدى العلامات القوية المقدمة للطلق وآكدها ويزيد مقدارها كلما تقدم اتساع العنق وينتهى حالها بان تختضب بدم فى اغلب النساء وكميتها تختلف كثيرا فتارة لا يشاهد منها الا بعض كتل قليلة وتارة تخرج كمية كبيرة فى كل وجع فاذا كانت قليلة او معدومة بالكلية يقال ان الولادة جافة وكثرتها تحمل على ظن ان الولادة تحصل بسرعة اذا كانت مخلوطة بخيوط حمر يرى الحاضرون ان ذلك علامة جيدة وان الولادة لم تلبث قليلا حتى تنتهى وهذا فى الغالب لا يخلو عن يقين وان تخلف احيانا فقد لا ترى الخيوط الحمر اصلا وقد ترى فى الاوجاع الاول

وظن بعضهم ان هذه المادة القريبة للسيولة تخرج من الاغشية بالرشح وتسهل عند خروجها من البذرة بسبب زيادة حرارة اعضاء التناسل مع ان النسبة فى الطبيعة والمنظر بين السائل الامنيوسى والمادة المخاطية قليلة جدا ورأى آخرون ان السائلات التى على السطح الظاهر للبذرة لم تجد الاوعية زائدة

الدقيقة فتدخل منها الباطن الامينوس ويفسد تركيبها وكانها تنحل فاجزاؤها الدقيقة تنفذ من الاغشية فتكون منها المياه واما اجزاؤها الغليظة فانها تبقى فى الخارج وتتراكم فى الاوعية الاقرب للسطح الباطن للرحم فتنقذف عند الانقباضات فتكون هى هذه المادة لكن نقول يبطل هذا الرأى مجرد ذكره فقط وانما الذى يجهز هذه المادة هو الغشاء المخاطى كيف يفتش عليها فى غيره مع اننا نرى المهبل فى جميع ازمنة الحياة مدهونا بها وكثير من النساء يخرج منهن ندف كبيرة قرب حيضهن وليس بنادر ان نشاهد الرحم فى اللواتى متن غير حاملات مملوءة بتلك المادة ونشاهد فى السيلان الابيض الزهرى وفى غير ذلك من بعض الاحوال المرضية مادة مشابهة فى الصفات لتلك المادة تسيل بكثرة مثل سيلانها زمن الولادة والدم المختلط بها لا يأتى من تمزق الاوعية الرحمية المشيمية كما قيل لان تلك الاوعية لا وجود لها كما سبق ولا من تمزقات صغيرة فى العنق اقله فى الغالب لانها قد تشاهد مدممة قبل ان العنق يحصل فيه انجذاب وتلونها بالدم يكون على هيئة تلون النخامة فى تهيج الصدر وتلون المخاطية الانفيه فى تهيج الغشاء النخامى وهذا الدم سواء قلنا انه آت من رشح فى باطن الرحم او من بعض سلوخ فى العنق قد يكون مقصورا على تحمير المادة المخاطية كما هو الغالب وقد يسيل بكمية كثيرة بحيث يصير نزيفا حقيقيا * ومنفعة هذه المادة هى تندية الاعضاء التى يمر منها الجنين فتزيد فى رخاوتها وسهولة تمددها وتعين على انزلاق الجنين فاذا عدمت كان اتساع العنق اكثر ايلاما وبطيئا وتكون الاعضاء مهيئة للالتهاب وكثرة تلك المادة تعلن عموما بارتخاء زائد فى المنسوجات وضعف واستعداد فيها للخمود اى عدم الفعل فهى من الظاهرات الكثيرة الاهتمام فى العمل فيلزم دراسة سيرها واحوالها المخصوصة

(المبحث الرابع)
(فى القرن اى الجيب المائى)

يسمى بذلك البروز الذى يتكون من الاغشية فى اعلى المهبل مدة الطلق

وهو على هيئة قطعة من دائرة او من شكل بيضاوى ومع ذلك فشكله يختلف والغالب ان يكون على هيئة الفتحة التى يخرج منها فيكون مستديرا كرويا منتظما اذا كان العنق محاذيا لمركز الحوض واتسع اتساعا مستويا فى اجزائه وقد يكون فى العادة على هيئة قطع ناقص اذا جاء الطفل بالعرض ويكون اعرض من الخلف على اليسار او اليمين فى الاحوال التى تزوغ فيها الرحم زوغانا زائدا الى الجهة المقابلة لذلك وقد يكون على هيئة مخروط مستطيل او جزء من معا او على شكل منبار حتى فى الاحوال التى يأتى فيها الجنين بالرأس لكن الاكثر ان يكون ذلك اذا جاء برجليه او كان العنق متيبسا مع كون الاغشية منبسطة جدا وقد شوهد فيه انتفاخ اسفل الفوهة حتى صار شكله كمثريا

وفى وقت الوجع يكون القرن صلبا متوترا مرنا وبعد الانقباض ينثنى ويضيق او يزول بالكلية ولما كان مكونا من السلى والامنيوس كان ناشئا على رأى البعض من استطالة هذه الاغشية وتمددها لكن رد ذلك بثيت بان اغشية الجنين يقل قبولها للانبساط وزعم آخرون ولا سيما بثيت المذكور بان سبب انبساطها هو ان كل انقباض يفرز كمية قليلة من الماء الى الخارج فيحصل فى الامنيوس على التدريج خلو فالبذرة المضغوطة من جميع الجهات بقوة تذهب شيأ فشيأ من العنق الى اعلى المهبل لكن نقول اذا كان هذا الافراز والرشح موجودا لزم ان يغطى سطح القرن بنقط او بشبه ندى فيصير رطبا مدة الاوجاع مع انه يكون اجف وانشف فى زمن الانقباضات الشديدة على انه شوهد ان السائل الامنيوسى غير مشابه لتركيب المادة المذكورة * ونحن نقول ان هذا القرن ناشئ كاتساع العنق من الانقباضات الرحمية فكيفية حصوله سهلة المعرفة وذلك ان الياف الرحم اذا اثرت على ظاهر البذرة قهرتها على النزول مدة كون العنق من جانب آخر باتساعه يلتزم بان يقرب لقعر الرحم فتبرز من البذرة قطعة دائرة مكونة من الاغشية وشكل تلك القطعة بيضاوى وتكون مدهونة بالمادة اللزجة فلذلك تقعر الفوهة على ان تنفتح بعض

انفتاح فانكار انبساط اغشية الجنين خطأ وانما الثابت العكس وانها تقدر على ان تنبسط فى اعلى درجة وان اكتساب القرن احيانا هيئة مخروط او تشكله بشكل كمثرى ناشئ من تلك الاستطالة والتمدد ونهاية ما يكون ان هذه الخاصة تكون فى الغالب قليلة الوضوح * واذا كان حقا ان القرن الامنيوسى يكون دائما وتر قوسه اقل طولا من وتر بقية البذرة فليكن من المحقق ايضا ان هذه الخاصة التى يظهر كونها تثبت انقياد الاغشية لذلك هنا تنشأ من سبب آخر والذين فحصوا الرحم من النساء الحوامل مع غاية الانتباه تأكدوا ان ثقل البذرة هو الذى قهرها على ان تنبسط انبساطا واضحا عندما كانت غير ممسوكة بالاعضاء المحيطة بها فمن الواضح انه يصح بواسطة هذا الارتخاء ان يدخل جزء من الاغشية صغير الحجم فى العنق بدون ان يحصل فيه استطالة حقيقية

وبعد اتساع العنق كلا او جزءا لا ينقاد القرن الذى صار زائد الاتساع وضعيف الاستمساك فى اعلى المهبل لاندفاع السائل فينفجر ويسيل سائله الذى فيه فيأتى رأس الجنين المدفوع بتلك الحركة ويسد معظم الباقى من السائل الامنيوسى غير ان هذا الانفجار فى الغالب لا يكون فى جميع النساء من محل واحد ولا فى درجة واحدة من الاتساع ولا فى زمن واحد من ازمنة الطلق لان الاغشية قد تكون كثيفة وسميكة وكثيرة المقاومة وقد تكون رقيقة سهلة التمزق وكذلك العنق نفسه قد يكون كثير المتانة متين عسر الاتساع وقد يكون فى غاية الارتخاء والحالة الغالبة المنتظمة هى انفجار القرن فى اواخر الزمن الاول او فى ابتداء الثانى وقد ينفتح العنق فى ابتداء الطلق او فى انتهائه وقد تتمزق الاغشية قبل ظهور الاول بيوم او اكثر وقد لا تتمزق اصلا وتخرج البذرة كلها باغشيتها من مضيق الحوض * والغالب حصول الانفجار فى مركز القرن وفى تلك الحالة يستفرغ القرن فى لحظة واحدة واذا حصل الانفجار قرب فوهة العنق او اعلاها لم ينمحق القرن كله او اقل ما يكون انه يظهر فى كل وجع ولا يسيل من السائل الا مقدار يسير فاذا لم ينفجر الا بعد ان قرب للفرج

ولم يحصل التمزق فى مركزه جذب الرأس معه قطعة من دائرة الاغشية وخرج
الجنين محاطا بنحو قلنسوة وكانوا سابقا يعتبرون سعادة الجنين اوشقاوته
من حالة هذه القلنسوة المجذوبة معه فيقولون اذا ازدرد الجنين قلنسوته بعد
ان سحقت سحقا ناعما او حملت معه على الدوام كما تحمل التميمة صار ذلك الجنين
غنيا سعيدا او يتبعه السعد اينما كان فاذا اضاعت منه صار مسكينا فقيرا
وربما صار مصروعا ويكون دائما مكدرا بتخيلات وافكار مهولة ولذلك تأخذ
القوابل هذا الجزء الغشائى ويجعلونه لهم ليفزعوا اقارب الجنين فيبيعونه
لهم باعلى ما يكون من الثمن * فاذا امتدت هذه القلنسوة الى فم الجنين وانفه
جاز ان تمنع التنفس وربما اماتت الجنين كما ظن ذلك بعضهم لكن نقول لهم
ان ذلك لا يحصل الا اذا فقدت المرأة قواها العقلية ولم يحضرها احد

(الباب الثانى)
(فى الانواع المخصوصة بالولادة)

(القسم الاول)
(فى الولادة السهلة اى البسيطة)

تسمى هذه الولادة ايضا بالطبيعية وبالاختيارية اى التى تحصل من ذاتها من
غير استعانة باشياء غريبة ويلزم لحصولها شروط منها ما هو من جانب المرأة
ومنها ما هو من جانب الجنين

اما التى من جانب المرأة فهى ان يكون الحوض غير معيب وغير ردئ التكون
وان لا تكون الرحم مصابة بآفة ثقيلة كاسقيروس اواثرة قديمة وان تكون ممتعة
بقوة فاعلية وان تكون القوى العامة فى الجسم متوفرة لم تضعف مثلا بنزيف
كثير ولا بداء طويل المدة وان لا يوجد فى الجسم ما يصير الاعمال الشاقة
التى تلتزم المرأة ان تفعلها خطرة وان لا يعرض عارض مدة سير الطلق

واما التى من جانب الجنين فهى ان يتقدم احد طرفى المحور المخى العصعصى
للمضيقين اى ان ينزل الجنين بالرأس او الرجلين او الركبتين او المقعدة
وان لا يكون معه استسقاء مخى او بطنى او تحدب فى الظهر وان لا يكون زائد

الحجم بحيث لا يناسب سعة الحوض وان لا يكون ذا رأسين وجذع واحد
او ذا جذعين ورأس واحد وان لا يكونا جنينين ملتصقين باى كيفية كانت
وعدد الولادة البسيطة بالنسبة لغيرها كثير جدا وقد اختلف المؤلفون
فى نسبة ذلك فذكر ميرمان ان فى ١٨٠٠ ولادة انتهت الولادة بنفسها
فى ١٧٤٦ وعد فى بيت الولادة بباريس ٢٠٣٥٧ ولادة فكانت الطبيعية
فيها ٢٠١٨٣ وشاهد بلند ١٨٩٧ فكانت الولادة الطبيعية منها ١٨٦٠
وذكروا ان الولادة العسرة فى بيت الولادة بباريس نسبتها لغيرها كنسبة واحد
لاثنين وستين ووجدت النسبة مختلفة فى مارستانات اخر غريبة اختلافا
كثيرا كنسبة واحد الى اثنين واربعين او اقل او اكثر وكذا يوجد اختلاف كثير
بين ما شوهد فى المارستانات وما هو خارج عنها وكذا بين المشاهدات الخارجية
بعضها مع بعض فقد يتفق فى المدن الكبيرة كما فى الارياف ايضا ان تكون نسبة
العسرة للسهلة كنسبة واحد لستة على يد بعض الناس وكنسبة واحد لعشرة
او عشرين او ثلاثين او ستين او ثمانين او مائة على يد آخرين * واما بالنظر لاحوال
النساء فى البطالة والراحة والاشتغال والغنا والفقر والمدن والقرى فلا فرق
بل ربما كانت عيوب الحوض وامراض التناسل لا تشاهد بالاكثر الا فى بيوت
الاغنياء السعداء وقد تختلف النسب ايضا باختلاف احوال الاطباء
المتعاطين للصناعة فقد يتفق لطبيبين متساويين فى المهارة والاحتراس ان
احدهما يباشر مرات كثيرة من الولادة بدون ان يضطر للاستعانة بالصناعة
فى واحدة وان الآخر يضطر مرات كثيرة لاستعمال الصناعة ولذلك قال
المؤلف وانى اجد فرقا عظيما بين ما باشرته فى اعمالى التى بالمارستانات واعمالى
الخصوصية الخارجة عن المارستانات ففى خمسماية وستين ولادة باشرتها
بمارستان الكمال بباريس حينما كنت مستخدما فيه احتجت للاستعانة
بالصناعة فى ثمان مرات فقط واما اعمالى الخارجة عن المارستانات فاستعنت
بالصناعة فى ستين مرة من نحو خمسماية بل اقل ففى الحالة الاولى تكون نسبة
العسرة للسهلة كنسبة واحد لسبعين وفى الحالة الثانية كنسبة واحد لثمانية

وهذا الفرق وان كان عظيما الا ان توضيحه سهل وذلك انه يقبل فى المارستانات العامة جميع النساء عموما بدون تمييز بينهن * واما الاحوال التى باشرتها من خارج فانما هى احوال عسرة دعيت لها من اخوانى او من النساء القوابل

هذا وقد استحسنا ان نذكر اجمالا الاوضاع التى يأتى عليها الجنين للمضيقين ثم نذكرها على التفصيل والقدماء كانوا يسمون تلك الاوضاع بالاشكال وها هو عددها مرتبا على اجناس وفصول وانواع واصناف

الجنس الاول فى الوضع الطبيعى اى المجيء بالرأس (وله فصلان)

الفصل الاول فى المجيء بالجمجمة (وله نوعان)

النوع الاول الوضع القمحدوى المقدم (وله ثلاثة اصناف)

الصنف الاول الوضع القمحدوى الحقى الايسر

الصنف الثانى الوضع القمحدوى الحقى الايمن

الصنف الثالث الوضع القمحدوى العانى

النوع الثانى الوضع القمحدوى الخلفى (وله ثلاثة اصناف)

الصنف الاول الوضع الجبهى الحقى الايسر

الصنف الثانى الوضع الجبهى الحقى الايمن

الصنف الثالث الوضع الجبهى العانى

الفصل الثانى فى المجيء بالوجه (وله اربعة انواع)

النوع الاول الوضع الذقنى الحرقفى الايمن

النوع الثانى الوضع الذقنى الحرقفى الايسر

النوع الثالث الوضع الذقنى العجزى

النوع الرابع الوضع الذقنى العانى

الجنس الثانى فى الاوضاع الغير الطبيعية اى الاتيان بالحوض (وله ثلاثة فصول)

الفصل الاول فى المجيء بالرجلين (وله نوعان)

النوع

النوع الاول العقبى المقدم (وله ثلاثة اصناف)
الصنف الاول القطن من الامام واليسار
الصنف الثانى القطن من الامام واليمين
الصنف الثالث القطن من الامام باستقامة
النوع الثانى العقبى الخلفى
الفصل الثانى فى المجىء بالركبتين
الفصل الثالث فى المجىء بالمقعدة (وله نوعان)
النوع الاول الوضع العجزى المقدم (وله ثلاثة اصناف)
الصنف الاول الوضع العجزى المقدم الايسر
الصنف الثانى الوضع العجزى المقدم الايمن
الصنف الثالث الوضع العجزى المقدم باستقامة
النوع الثانى الوضع العجزى الخلفى وهو الوضع الرابع للمقعدة

(الجنس الاول)

(فى الولادة الطبيعية اى التى يأتى الجنين فيها بالرأس)

ماذكرناه فى هيئة وضع الجنين فى الرحم يفهم منه ان الانتظام الطبيعى هو ان يأتى الجنين للمضيقين بطرفه المخى وان الاحوال التى يأتى فيها بغير ذلك تعتبر غير طبيعية وهذا هو رأى ابى الطب بقراط وغيره من المتقدمين فسموا الولادة بالرأس طبيعية وبالقدمين والركبتين والمقعدة غير طبيعية وانما ترك المتأخرون اتباع ذلك غلطا منهم فى المعنى الاصطلاحى للكلمات فظنوا ان طبيعية مرادفة لاختيارية اى تنتهى من ذاتها وبموجب ذلك يلزم ان تكون الولادة بالحوض داخلة فى رتبة الولادة الطبيعية ولا خطر فى التمسك بذلك فى العمل اذ القوابل تحول الجنين اذا جاء بغير الرأس الى ان يأتى به اذا امكن والا فلا ينبغى ان يفهم بالولادة الطبيعية ما تحصل من ذاتها وبالغير الطبيعية ما تحتاج للاستعانة بالصناعة اذ قد تكون الولادة طبيعية وتحتاج للاستعانة وغير طبيعية ولا تحتاج لشىء

ثم ان الولادة بالطرف المخي تشتمل على فصلين الاول المجيء بالجمجمة بجميع
اوضاعها والثاني المجيء بالوجه

(الفصل الاول)

(في المجيء بالجمجمة)

هو اكثر حصولا من غيره ففي المائة يولد بهذا المجيء اربعة وتسعون تقريبا
وفي هذا المجيء يميل اليافوخ الخلفي نحو مركز الحوض والقطران الاصليان
للمضيقين يتحاوران القطر بين القمحدوي القمي والجداري المزدوج واما القطر
القمحدوي الذقني والدائرة القمحدوية القمية فيلزم ان يكونا موازيين لمسطحي
فوهتي التقعير ومحوري الحوض ثم ان المؤلفين اختلفوا في تقسيم اوضاع هذا
المجيء والذي جرى عليه فلامان وتوافق عليه تقسيم بودلوك والقابلة لشبيل
ويظهر انه هو الاخصر وهو ان القمحدوة لا تجيء في معظم الاحوال للمضيق
السفلي الا بكيفيتين احداهما ان تكون ملتفتة الى الامام وتستقر في قوس
العانة وثانيتهما ان تكون ملتفتة الى الخلف وتدفع الحافة المقدمة للعجان بقوة
ومثل ذلك يحصل ايضا في المضيق العلوي ماعدا ان القمحدوة حينئذ تلتفت
غالبا الى اليسار او اليمين * قال المؤلف فاظن انه على مقتضى ذلك يصح ان ترجع
في المضيق السفلي جميع اوضاع الجمجمة الى وضعين رئيسين احدهما تلتفت
فيه الحدبة القمحدوية الى جزء ما من النصف المقدم من دائرة الحوض وثانيهما
تلتفت فيه تلك الحدبة الى جزء ما من النصف الخلفي لتلك الدائرة وكل من هذين
الوضعين الاصليين يحتوي على اوضاع ثانوية تاتيك على الترتيب فنعني بقولنا
القمحدوي المقدم والقمحدوي الخلفي مرور الرأس من المضيق السفلي لا من
المضيق العلوي ففي هذا الفصل نوعان

(النوع الاول)

(الوضع القمحدوي المقدم)

وتحت هذا النوع اصناف كثيرة الحصول ففي سبع وستين ولادة يحصل بهذا
الوضع ستون وكثرة هذا الوضع طبيعية يسهل معرفة سببها فان الرأس اثقل

جزء فى الجنين وعنق الرحم موضوع دائما على مسطح اكثر ميلا نامن القعر فيلزم ان الرأس يميل على الدوام لان يلتفت نحو العنق والنصف الخلفى من الرأس اثقل من النصف المقدم والجزء الخلفى من الجذع مدة الحياة داخل الرحم يكون وزنه اثقل من الجزء المقدم فاذا كانت المرأة واقفة او قاعدة او جاثية او مضطجعة على الجانب يكون ميل الجدار المقدم من الرحم نحو العنق اكثر من ميل جدارها الخلفى فيلزم ان يكون التفات ظهر الجنين الى الامام اكثر من التفاته الى الخلف

وهنا سبب آخر يوجد فى مناسبة ابعاد الرأس وانحرافه لابعاد الحوض وانحرافه وذلك لان المضيق البطنى اى العلوى من حيث انه من الامام اعرض من الخلف ومنحرف جدا الجهة العانة توجه القمحدوة عادة لهذه الجهة وظهر الجنين من حيث انه يكون الى نهاية الطلق ملتفتا الى الامام يجعل القمحدوة لا تميل فى التقعير الى الجانب او الخلف الا بحركة استدارة وانها تميل دائما للرجوع الى تحت العانة وايضا فقصر طول الجدار المقدم للحوض والخلو الذى ينتج من ذلك يعين ايضا على هذه الغاية ولهذا النوع ثلاثة اصناف

(الصنف الاول)

(الوضع القمحدوى الحقى الايسر)

هو الوضع الاول عند بودلوك وغيره وهو كثير الحصول بنسبة سبعين فى المائة تقريبا وفى هذا الوضع يلتفت المسطح الظهرى للجنين الى الامام واليسار والمسطح البطنى الى الخلف واليمين فالقمحدوة تكون موضوعة خلف النتو الحرقفى العانى المحاذى لجهته واعلى الجبهة اى اليافوخ المقدم يلتفت الى الارتفاق العجزى الحرقفى اى الجزء الخلفى من الحفرة الحرقفية اليمنى والجانب الايمن يكون من الامام واليمين والجانب الايسر من الخلف واليسار ولا ينبغى ان تنسب كثرة هذا الوضع لامتلاء المستقيم عادة بالمادة الثفلية مدة الحمل فيقهر الجبهة على الانحراف الى الجانب الايمن كما قال ذلك سولبريس لانه مردود بمشاهدات كثيرة وانما تنسب لانحراف الرحم وللاتجاه

الطبيعي للحركات الشاقة الانتقالية والتنفسية لان المسطح الظهري الجنيني المستند عادة على القسم المائل من الرحم لا يمكن ان يميل للاتجاه نحو الاربية اليمنى بدون ان يؤثر على الرأس ويوجهه الى اليسار فاذا انحرفت القمحدوة نحو الحفرة الحرقفية فذلك لكون المضيق يوجد فيه في تلك الجهة من الامام خلو لا تصادفه الجبهة من الخلف بسبب وجود العضلة القطنية وذلك اولى من ان تقول بسبب المستقيم وهذه الهيئة تفيد ايضا ان مجيء الرأس بالجانب الايمن من طرفه اولى من مجيئه بوسط القمة وان كون القطر الجداري المزدوج منحرفا من اعلى الى اسفل ومن اليسار الى اليمين اولى من كونه موازيا لقطر المنحرف الذي للمضيق

وفي هذه الوضع لا يخرج الجنين من الحوض بدون ان يفعل الرأس اربع حركات مخصوصة حركة انحناء وحركة استدارة وحركة انبساط وحركة رجوع

حركة الانحناء * الانقباضات الرحمية بعد تمزق الاغشية تجعل اجزاء الجنين ضاغطا بعضها على بعض فالسلسلة من حيث انها تدفع من اعلى الى اسفل تمرج الرأس بحيث تنخفض القمحدوة ويرتفع الذقن فقمة الرأس بانخفاضها يسيرا لم تلبث قليلا حتى تقرب لمركز المضيق العلوي فحينئذ يكون القطر القمحدوي القمي موازيا تقريبا للقطر المنحرف الذي يذهب من اليسار الى اليمين ومن الامام الى الخلف والقطر الجداري المزدوج يحاذي القطر الآخر المنحرف والقطر الكبير يكون في الوسط بين محور سلسلة المرأة واتجاه محور الدائرة الحوضية والدائرة القمحدوية القمية تجاور مسطح المضيق وتميل لان تصالبه بانحراف من اليسار الى اليمين ومن اعلى الى اسفل ومن الخلف الى الامام والدرز السهمي يتجه بانحراف من اليسار الى اليمين وقليلا من الامام الى الخلف والشعبة اليمنى للدرز اللامي تلتفت للتجويف الحقي الايسر واما الشعبة اليسرى فتستطيل نحو الارتفاق العجزي الحرقفي المحاذي لها والدرز الجبهي الجداري المرتفع كثيرا نحو الحفرة الحرقفية اليمنى يجاور بطرفيه الزاوية العجزية الفقرية والتجويف الحقي الايمن واليافوخ القمحدوي يكون

الايسر وامام واقرب للعجز الحجبى من الحرقفة او لجسم العانة من النتو البارز واما اليافوخ المقدم فانه يرتفع لجانب الارتفاق الخلفى الايمن بحيث ان الاصبع لا يصل اليه فى الغالب الا بعسر

حركة الاستدارة * الرأس فى هذه الحالة يكون احسن تهيئة للدخول بدون عائق فى الفوهة البطنية للحوض وتتابع الاوجاع ينزله شيأ فشيأ الى الاسفل فيصل الى التقعير ويقف فى ارضيته ثم يفعل حركة الاستدارة اى انه يدور على السطح المائل المقدم الايسر من الخلف الى الامام ومن اليسار الى اليمين ليضع نفسه فى قوس العانة واما الجبهة فتنزلق من اليمين الى اليسار ومن الامام الى الخلف على السطح المائل الخلفى الايمن لتتجه نحو العجز وفى ذلك الوقت تضغط الضفائر العجزية باشد انضغاط ويحصل للنساء فى الغالب حينئذ اعتقال فى الساقين والوركين * قال المؤلف وقد ثبت من المشاهدات ان الاستدارة يندر ان تتم قبل الوصول الى المضيق السفلى غير انه تأكد عندى ان الغالب كونها تتم عند نفوذ الرأس من الدائرة العظمية لا عند نفوذها من الفرج كما ظنه بعضهم فاذا كان الجزء من الجمجمة الذى يلاقيه الاصبع فى ابتداء الطلق هو الزاوية الجدارية فما ذلك الا من الانحراف اليمينى لجذع الطفل فانحراف الرحم لليمين يقهر الرأس ايضا على ان يأتى باتجاه منحرف ويلزم الجدارى الايمن ان يبرز اولا ولنزد على ذلك ان الحركة الارجوحية التى يفعلها القطر الجدارى المزدوج من اعلى الى اسفل ومن اليسار الى اليمين تأتى ايضا بالجدار الايمن ليضع نفسه ويتثبت فى المضيق السفلى تحت الفرع الحجبى العانى المحاذى له قبل دخول الآخر فيه او وقوفه بزمن طويل

فمحصل الحركة كلها ان الرأس يدخل بقمته اولا فى المضيق العلوى وينحنى اليافوخ الخلفى فى الغالب الى الخلف نافذا فى التقعير بعد ان كان ملتفتا قليلا الى الامام وهذا لا يمنعه عن ان يصل بعد ذلك الى المقوس العانى واما الجدارى الايمن الذى كان اخفض من الايسر فى الاصل فانه يبقى بعد ذلك غير متحرك خلف لجسم العانة او فرعها الايمن ثم ينتقل الجدارى الآخر عن موضعه

وحده حتى تدخل الدائرة القمحدوية القمية فى المضيق السفلى فالاستدارة التى لا تفعل الا فى فتحة مخرج الحوض تتم فى مدة الانقباض ويزول جزء منها بعد ذلك حالا من الوقت الذى تتقدم فيه القمة فى كل وجع بين شفرى الفرج فلاجل ثباتها وبقائها يلزم ان تخرج الحدبتان الجداريتان من المضيق اى بحيث لا يمكنهما ان يرجعا الى اعلى الحدبتين الجبهيتين واما العصعص فانه اذا لم يكن فى مفصله تيبس انقلب كفاية مدة الطلق ليعدل الاربطة الجبهية ويقصر القطر المنحرف ويطول القطر المقدم الخلفى جدا

حركة الانبساط * انحناء الرأس يأخذ فى الزيادة الى ارضية التقعير ثم يتناقص كلما قرب للمضيق السفلى وترتفع القمحدوة المسبوقة بالجدارى الايمن وتتقدم نحو القوس تحت الارتفاق العانى فينزل الذقن تدريجا ويتقدم الصدر فالرأس بدل ان يدوم على انحنائه نحو القص يميل لان ينقلب على القفا ليمكن مجاورة القطر القمحدوى الذقنى لمحور المضيق العانى بدون ان يمنع الباقى من الجذع بان يتبع ايضا اتجاه الخط المركزى للمضيق العلوى فينضغط المستقيم وعنق المثانة انضغاطا اكثر مما سبق ويتولد زحير وتعنى وتطلب للبول فتنقبض الرحم وعضلات البطن بشدة فى اعلى ما يكون ويتوتر العجان ويستطيل ويرق فيطول الجدار الخلفى للحوض اصبعين او ثلاثة فاذا دخل الرأس فى المضيق السفلى لم تكن حالته كما كانت فى المضيق العلوى فبدل ان يبقى موضوعا بانحراف الى الاخر يكون محور الجدارى المزدوج موضوعا فى اتجاه القطر الجبى المزدوج والمحور القمحدوى القمى موضوعا فى اتجاه القطر العصعصى العانى

ثم بعد ذلك تتضاعف الاعمال الشاقة فيدخل الرأس شيأ فشيأ فى الفرج من الخلف الى الامام وينزلق على السطح المائل الذى يحضره الوجه المقدم للعصعص ويستطيل بالوجه المقدم للعجان فيزول اثر الاشفار الكبيرة تدريجا بان ترق من مجمعها العجانى نحو طرفها العانى فالاربطة العجزية الجبهية تنخفض عند ذلك والشفران الصغيران يندفعان بقوة الى الاعلى والجانب لكن لا ينبسطان فيتزقان اى ينفصلان عن الوجه الباطن للفرج واحيانا

ينقاد لذلك جلد الجزء العلوى من الفخذين وكانه يساعد الاشفار والعجان فيتكون منه شبه خودة تغطى بعض الرأس الى ان يخرج بالكلية من الحوض ثم تخرج الحدبتان الجداريتان من القطر الحجبى المزدوج ولا تبقى الجمجمة واقفة الا فى الاجزاء الرخوة فتقمرها وتخرج والطرف الخلفى للقطر القمحدوى القمى الذى كان مستندا تحت الارتفاق يربنا على التعاقب من الظاهر مدة تقوذ الرأس من الفرج الدرز السهمى والحدبتين الجداريتين واليافوخ المقدم والحدبتين الجبهيتين ومتى خرجت الدائرة القمحدوية القمية الى الخارج انزلقت الحافة المقدمة من العجان المجذوبة بمرونتها الطبيعية على الوجه الذى يكون لها سطحا مائلا من الجبهة الى الذقن حتى تكون على مقدم العنق قاهرة الرأس على ان ينقلب على جبل الزهرة

حركة الرجوع بعد الرأس من حيث انه خالص من كل تعسف ولا يمكنه ان يديم على حالة التواء العنق الذى وصله للقوس العانى يأخذ حالا مجاوراته الطبيعية للمنكبين ولبقية الجسم بعد ان كانت تغيرت تغيرا وقتيا اعنى ان الاقطار المقدمة الخلفية تصالب من جديد على زاوية قائمة القطر المستعرض للمنكبين كما حصل ذلك فى المضيق العلوى وبالاختصار تلتفت القمحدوة نحو الاربية اليسرى عندما يتجه الذقن لجانب الشق المسمى تحت الجبهة اليمنى فلاجل هذه الاستدارة رأوا انه يلزم ان تسمى هذه الحركة بحركة الرجوع

وبعد السكون مدة بعض ثوان او بعض دقايق يفعل المنكبان اللذان وصلا الى التقعير حركة حلزونية على السطحين المائلين المقدم الايمن والخلفى الايسر فالمنكب الايمن يتجه خلف الارتفاق او الفرع العانى الايمن والمنكب الايسر يذهب على مقدم العجز او الرباط العجزى الحجبى الايسر فاعلا فى الرأس حركة مثل ذلك بحيث تضعه بالعرض فتكون القمحدوة من اليسار والوجه من اليمين ويدخل المنكبان فى المضيق السفلى بهذا الاتجاه والايمن يظهر اولا تحت العانة او فى القوس فيتقوس جذع الطفل على جنبه الايمن ليوافق شكل الحوض فيصل المنكب الايسر امام العجان ويكون المحور القائم للصدر موازيا

لمحور المضيق العجانى والمحور القائم للبطن موازيا لمحور المضيق العلوى ثم يخرجان اى المنكبان معا من الفرج والحرقفتان يتبعان هذا السير وباقى الجسم الذى يسهل انزلاقه بواسطة ماء الامنيوس والطلاء الدهنى يكون كرأس مخروط خرجت قاعدته قبل ذلك فيخرج هذا الباقى ايضا بالاندفاع بتلك الحركات العنيفة

(الصنف الثانى)
(فى الوضع القمحدوى الحقى الايمن)

ويسمى بالمقدم الجانبى الايمن عند القابلة بواقين وبالمؤخرى الامامى الايمن عند دوجيس وقد وقع اضطراب كثير فى اكثريته ونادريته وذكرناله يخرجنا عن حد الاقتصار بدون فائدة وكذلك فى سببه ولعل الاقرب للصواب ان هذا الوضع للقمحدوة ناشئ من الانحراف الايسر للرحم ومن انقباضاتها الرحمية فالاندفاع الذى يقبله الجنين فى حالة هذا الانحراف الرحمى يذهب به من اليسار الى اليمين فالجبهة التى تقف فى رأس الشكل البيضاوى او المثلث الذى للعوض البطنى فى النساء الاحياء تقهر القمحدوة على ان تقبل الحركة وحدها وتضع نفسها نحو النتوء الحرقفى العانى الايمن

واما كيفية حصول هذا الوضع فلا تختلف عن السابق الا فى قليل فالطفل يندفع بالقوة التى اندفع بها فى السابق والرأس يفعل من الحركات مثل ما فعل فيما سبق ويحضر الدائرة السابقة لمسطحات الحوض والاقطار الرئيسة لاقطار المضيقين ومحاورها وغير ذلك وانما اليافوخ القمحدوى بدل ان يلتفت الى الايسر كما سبق يلتفت هنا الى الايمن والقطر القمحدوى القمى بدل ان يذهب من اليسار الى اليمين يذهب من اليمين الى اليسار ويأخذ محل القطر الجدارى المزدوج * واما من جهة الحركة الاستدارية فان طرفى الرأس يدوران على السطحين المائلين المقدم الايمن والخلفى الايسر لتذهب القمحدوة لقوس العانة والجبهة لمقدم العجز

واما نفوذ الرأس من المضيق السفلى ومن الفرج فلا يفترق عن السابق اصلا

لكن اذا خرج الرأس التفتت القمحدوة فى حركة رجوعها الى اليمين بدل ان تنحنى الى اليسار والمنكب الذى يأتى الى تحت العانة هو الايسر لا الايمن والجانب الذى ينزلق على القوس العجزى العجانى هو الايمن لا الجانب الايسر واما الوجه وجميع المسطح المقدم للجنين فانهما يلتفتان للوجه الباطن من الفخذ الايسر للام لا انهما يلتفتان الى اليمين ولكن هذا كله لا يغير المجاورات النسبية التى توجد بين الرأس والحوض * ففى المضيق العلوى ينزل الجدارى الايسر اولا خلف العانة اليمنى والجدار الايمن يلتفت الى الخلف والايسر والاعلى والدائرة القمحدوية القمية المنحنية الى الامام واليسار والاسفل تصالب بانحراف مسطح المضيق بكيفية محيط كرة والطرف المقدم للقطر الجدارى المزدوج يستند على العانة اليسرى والطرف الخلفى له ينزل بحركة ارجوحية من الخلف الى الامام ومن اليمين الى اليسار فاعلا جزءا من حركة استدارية * واما فى المضيق السفلى فالجانب الايسر لقمة الرأس هو الذى يأتى ويتثبت تحت الفرع الحجبى العانى الايسر الى ان تتقدم الحدبة الجدارية اليمنى تحت القوس الحجبى العانى بسهولة وتتم حركة استدارة الرأس فتخرج الجمجمة حينئذ من المضيق العظمى سواء كان خروجها باستقامة فى اتجاه القطر العصعصى العانى او فى اتجاه منحرف قليلا

واما المنكبان فانهما يتبعان الخط الزاوى الايسر للمضيق العلوى ففى نزولهما منه يلتفت الايسر قليلا الى الامام والايمن يتجه اتجاها غير تام نحو العجز والجانب الايسر للطفل ينحنى ويصير مقعرا جدا * واما فى المضيق السفلى فيدخل المنكب المقدم من اليسار الى اليمين فى رأس القوس العانى والمنكب الخلفى يتقدم تدريجا من اليمين الى اليسار على الحافة المقدمة للعجان

هذا وقد قالوا ان هذا الصنف اقل جودة من السابق لانه يصير الطلق ابطأ واتعب فان الجبهة فى الاول اذا دارت نحو الارتفاق العجزى الحرقفى الايمن لا يحول بينها وبين جدران الحوض الا الشحم والبريتون فتنزلق بدون مشقة واما الوضع الثانى فان المستقيم فيه يضيق القطر المنحرف الايسر قليلا

والقمحدوة والجبهة فى الوضع الاول يجاوران مسطحين منتظمين صلبين ملساوين واما فى الوضع الثانى فان الجزء المقدم من الرأس يضغط المعا من اعلى الى أسفل ويدفعه امامه فينثنيه بحيث يتكون منه حوية يزيد سمكها من جراحة المواد الثفلية فيها * قال المؤلف نعم كل ذلك جائز الحصول ولكن اذا دققنا النظر سقطت هذه التعسرات التى زعموها لان محل المستقيم المضغوط بالرأس شئ قليل والمادة التى تملأه قد تستفرغ فى ابتداء الطلق والجبهة لا تستند على المستقيم فى جميع الاحوال الا من وراء جدران الرحم او المهبل التى لا تستثنى فلذلك ثبت بالمشاهدة انه لم يكن هنالك ادنى فرق للنظر فى التعسرات بين الوضع الاول والثانى

(الصنف الثالث)

(الوضع القمحدوى العانى)

هو نادر الحصول ففى المضيق العلوى يوجد القطر القمحدوى الذقنى والدائرة القمحدوية القمية موضوعين كما فى الوضعين السابقين ويجاوران دائما المحور والمسطح لهذا المضيق واما القطر الجدارى المزدوج فيكون بالعرض والقمحدوى القمى يتجه من الامام الى الخلف بدل ان يكونا موازيين للقطرين المنحرفين والحركة الاستدارية ليست ضرورية بل لا تحصل فى الحقيقة واتجاه محاور الرأس يكون فى آخر الطلق كما فى اوله والمنكبان الملتفتان للحفرتين الحرقفيتين فى المضيق العلوى يعلنان بان حركة الرجوع غير يقينية بل لا توجد فى الحقيقة لعدم حصول حركة الاستدارة لكن لما كان من النادر وجود احد المنكبين من الامام والاخر من الخلف قبل نفوذهما من المضيق السفلى وانما يكون ذلك بعد تحررهما بعض لحظات كان حال القمحدوة انها تنتهى بان تلتفت الى اليمين او الى اليسار لكن بدون ان يعرف من قبل لاى جهة منهما يكون الالتفات واما بقية اعمال الولادة فليست مختصة بشئ هنا

* * (تتمة) * *

يشاهد فى هذه الاوضاع الثلاثة ان الرأس يبتدأ بان تنثنى جدا على الصدر

ويتنهى حاله بان ينبسط بعزوره تحت ارتفاق العانة وان القمحدوة واحد الجداريين من حيث انهما الجزءآن الناتئان اللذان يلزم ان يخرجا اولا لم يجتازا الاقيراطين اوقيراطين ونصفا حتى يصلا للقوس العانى ولا ينزلقان فى خروجهما من الحوض الاعلى جدار مسطح بل محدب ايضا لا مقعر واذا كانت الاشياء فى الوضع الاول مهيئة باجود ما يمكن لم يحصل فى الحقيقة فى الوضع الثانى والثالث زيادة صعوبة وخطر من وجود المستقيم من جهة والمثانة والبروز العجزى الفقرى من الجهة الاخرى

(النوع الثانى)
(فى الاوضاع القمحدوية الخلفية)

هذا الوضع الكلى يحصل بنسبة ثلاثة لماية وخمسين تقريبا فهو اقل كثرة من الوضع القمحدوى المقدم فالقمحدوة فى هذا الوضع لاجل خروجها اولا تلتزم بان تجتاز جميع طول القسم الخلفى للحوض اعنى بذلك سطحا طوله من سبعة قراريط الى ثمانية ويدخل فيه العجان امافى غيرهذا الوضع فانها تصل الى الخارج بعد قيراطين من سيرها والجدار الخلفى للحوض غائر غورا عميقا واما النصف المقدم لدائرته فهو الى التحدب اقرب منه الى التقعير فالقمة تسقط بزاوية قائمة على كل جزء من هذا الجدار والقمحدوة تلاقى فى كل عمل شاق من المرأة مقاومة جديدة لا توجد اذا دارت الى الامام وطرف القمة لا يأتى الى الفرج بدون ان ينزل اعظم جزء من الصدر فى التقعير فليس القطر القمحدوى القمى هو الذى يجاور القطر المقدم الخلفى للجزء السفلى من الحوض وانما الذى يجاوره خط يأتى من اليافوخ المقدم الى الجزء الخلفى من الصدر فيكون العمود الفقرى زائد التقوس جدا بحيث لا يفقد جزء عظيم من الحركة التى اخذها من الرحم قبل ان يصل الى الرأس فالذى ينفذ من التقعير هو الرأس والجذع معا لا الرأس فقط واما الجبهة فهى فى العادة اعرض من ان تملأ بالضبط طرف قوس العانة ويمكن ان يفقد من سعة القطر العصعصى العانى حينئذ نصف اصبع

وزعم فابرون ان الولادة حينئذ غير ممكنة وان الوضع القمحدوى الخلفى يستدعى دائما استعمال جفت الولادة الا اذا كان الجنين صغيرا جدا او الحوض عظيما وهو رأى قديم قال به بودلوك * قال المؤلف ولا اقول بهذا الرأى فانى رأيت من هذا الوضع سبعة خرج الرأس فيها من الفرج بدون مشقة زائدة ولم يكن هنالك شئ مخصوص فى حجم الجنين ولا فى اقطار الحوض فى خمسة منها وحصلت الولادة فى الاثنين الباقيين قبل كمال اشهرهما فكان احدهما فى ستة اشهر والثانى فى سبعة اشهر ونصف وشاهد كثير من المؤلفين اكثر من ذلك واما استنادهم فى ذلك لعسر الحركة الميخانكية فقد اثبت نجيل ان القمة لا تصل للمضيق السفلى باتجاه مستقيم من الخلف الى الامام بل باتجاه جانبى او منحرف ولنزد على ذلك انه اذا ضغط بقوة على العصعص او على احد الرباطين العجز يين الجنبيين فان قمة الرأس تسمح فى الغالب للحدبتين الجبهيتين بان يدخلا اولا وتتم الولادة بمثل ما تتم اذا جاء الوجه اولا فهذا الوضع نادر ولا بد لكن لا يقال انه غير ممكن ولا ينبغى ان يترك فعله للطبيعة كما قال بعضهم والاسباب التى تتم الاوضاع الخلفية غير معروفة لنا واعترافنا بجهلنا لها اولى من ان ننسبها نسبة مبهمة الى شكل الحوض اولا تجاه الرحم اولاقطاره الغير المتناسبة او لبعض اعتيادات المرأة او للحركات الغير الاعتيادية من الجنين او لغير ذلك نهاية ما هو اكيد عندنا هو ان هذا الوضع يحصل مرات كثيرة متوالية فى امرأة واحدة فالوقوف على حقيقة سبب ذلك يحتاج لبحث جديد ثم ان الاصناف الثلاثة الاصلية لهذا الوضع لا تختلف عن بعضها الا فى اشياء يسيرة

(الصنف الاول)
(الوضع الجبهى الحقى الايسر)

هو اكثر الثلاثة حصولا واجتمع فيه جميع ما يمكن من الشروط النافعة اكثر من غيره فالجنين من حيث ان ظهره فى هذا الوضع ملتفت الى الخلف واليمين للرحم وبطنه الى الامام واليسار لها وجانبه الايسر الى الامام واليمين لها وجانبه

الايمن الى الخلف واليسار لها يدخل فى المضيق العلوى بحيث ان قطره
القمحدوى الذقنى والجدارى المزدوج والقمحدوى القمى ودائرة هذا القطر
الاخير تجاور فى الاتجاه القطرين المنحرفين ومسطح الفتحة الحوضية ومحورها
كما فى الوضع الاول المقدم وانما الفرق هو ان الطرف الجبهى للمحور القمحدوى
القمى يأخذ محل الطرف القمحدوى وان الطرف الايسر للقطر الجدارى
المزدوج يأخذ محل طرفه الايمن وان اليافوخ المقدم ينزلق خلف النتوء الحرقفى
العانى بدل ان ينزل على مقدم الارتفاق العجزى الحرقفى وان اليافوخ الخلفى
بدل ان ينحنى قليلا الى الامام واليسار يكون بالعكس مقذوفا الى الخلف واليمين
وهذا لا يخرم انتظام المجاورات النسبية التى بين الرأس والحوض ويدل
الى الآن على ان الاوضاع الخلفية ليس فيها ضرر بالنسبة للاوضاع المقدمة
وكيفية الحركة هو انه بعد تمدد العنق وتمزق الاغشية اذا مرت الدائرة
القمحدوية القمية من الحوض يجد الرأس من الخلف تجويفا عميقا فيندفع
فيه بسرعة حتى يصل الى اسفل التقعير ويظهر ان الطلق يسير فى الابتداء باسرع
مما يكون فى الوضع المقابل لذلك ولكن بعد تلك الحركة تتضح التعسرات التى
ذكرناها شيأ فشيأ فبدل ان يبدل الانثناء تدريجا بالانبساط كما فى الاوضاع
المتقدمة يزيد ذلك الانثناء ايضا فى كل وجع وعندما تقف الجبهة خلف العانة
وتستند القمحدوة متقوسة على مقدم العجز والعصعص والعجان فتقاومها
تلك الاجزاء وتقهرها على ان تتمرج الى الامام يدخل الصدر فى التقعير وكأنه
انزلق خلف الوجه فيعارض انقلاب الذقن نحو مركز الحوض ولا تحصل
مجاورة المحور القمحدوى الذقنى للخط المركزى الذى للمضيق السفلى وخصوصا
لمحور الفرج الا بعسر شديد فالعمود الفقرى بسبب تقوسه جدا يفقد منه جزء
عظيم من الحركة التى انتقلت اليه من الرحم ومن حيث انه لا يستند على الرأس
الا بزاوية تأخذ فى الضيق شيأ فشيأ لم يمكنه ان يدفعه بقوة عظيمة وان كان
وصوله الى ذلك المحل بقوة اصلية لم تتغير وهى انقباض الرحم
وحركة الاستدارة تحصل ايضا لكن بدل ان تتجه القمحدوة الى الخلف تكون

موضوعة اولا بالعرض ثم الى الامام قليلا كما فى الوضع الثانى ومع ذلك قد يتفق ان الجبهة او القمة المنزلقة على السطح المائل المقدم الايسر تأتى من اليسار الى اليمين ومن الخلف الى الامام حتى تكون فى القوس العانى مع كون القمة او القمحدوة التى تتدحرج على السطح المائل الخلفى الايمن تتجه من الامام الى الخلف ومن اليمين الى اليسار نحو تقعير العجز غير ان هذه الاستدارة تحصل مع بعض تعسر فان الجبهة من حيث انها عريضة جدا لا تنطبق بالضبط على طرف التقوير تحت العانة تلتزم بان تدخل بانحراف فى القوس كما يفعل الجداريان فى الوضع الاول وايضا فانه اسفل المضيق العلوى لا يقدر الجزءآن الجانبيان للنصف الخلفى من الحوض المكون معظمهما من الاجزآء الرخوة على ان يدفعا القمحدوة بقوة كافية نحو الخط المتوسط ومهما كان فالقمحدوة تنزل باستنادها بقوة الى الخلف وتنفذ من المضيق فحينئذ يستند القطر القمحدوى القمى على الجمع الخلفى للفرج لا على الحافة السفلى لارتفاق العانة ويتدحرج عليها اى ينقلب من اعلى الى اسفل ومن الامام الى الخلف فتظهر على التعاقب للنظر هذه الاجزآء وهى اليافوخ الخلفى والدرز السهمى واليافوخ المقدم والحدبتان الجداريتان والحدبتان الجبهيتان والاجزآء المختلفة من الوجه امام العجان وعندما يخرج الذقن من طرف القوس العانى تحصل حركة الرجوع فالوجه ينحنى نحو الاربية اليسرى والقمحدوة نحو الشق الايمن تحت الجبة اليمنى للمرأة والمنكب الايسر يتجه الى الامام تحت الارتفاق والفرع الجبى العانى الايمن والمنكب الايمن يقرب للوجه المقعر الذى للعجز والرأس المجذوب بحركة الجذع يصير موضوعا بالعرض وباقى الولادة لا يختلف عن ما يحصل فى الوضع القمحدوى الحقى الايمن

(الصنف الثانى)

(الوضع الجبهى الحقى الايمن)

هو اندر من السابق ومع ذلك هو اكثر حصولا بالنسبة للوضع الجبهى الحقى الايسر كالوضع القمحدوى الحقى الايمن بالنسبة للوضع القمحدوى

الحق الايسر
فالمسطح الخلفى للجنين يتجه فى هذا الوضع الى اليسار والخلف والمنكب الايمن يتجه الى اليسار والامام والقطر الجدارى المزدوج يشغل القطر المقدم المنحرف الايسر واما القمحدوى القمى فيكون موازيا للقطر المقدم المنحرف الايمن والدائرة الصغيرة مع القطر القمحدوى الذقنى يجاوران دائما المسطح والمحور للمضيق *والرأس الداخل فى التقعير يتجه بعد ذلك حالا بالعرض ولم يلبث قليلا حتى يكون كما فى الوضع الاول وفى بعض الاحوال ينحط ثمن دائرة الى الخلف والقمحدوة المنزلقة على السطح المائل الخلفى الايسر تتجه نحو العجز والقمة تنزلق على السطح المائل المقدم الايمن حتى تكون فى قوس العانة واذا خرجت القمحدوة من الفرج بعد حصول حركة الرجوع فانها تدور شيأ فشيأ نحو الوجه الانسى للفخذ اليسرى لا اليمنى كما فى الوضع الرابع وباقى الولادة يكون كما فى الوضع المذكور ماعدا ان المسطح المقدم للجنين ينتهى بان يلتفت الى اليمين وجانبه الايمن الى الامام باستقامة واما فى الوضع الرابع فيشاهد العكس ويقال ايضا ان هنا تعسرا يحصل من وجود المستقيم فيتعب سير القمحدوة

(الصنف الثالث)

(الوضع الجبهى العانى)

مع انه قلما ان القمحدوى العجزى ونفاه بعضهم بالكلية لكن اذا كان حقا كما يثبت ذلك حس اللمس ان الجزء الابرز من الرأس يسهل الاحساس به فى مركز الحوض اسفل فتحته البطنية فى كثير من النساء قبل الولادة بزمن طويل فكيف تكون الزاوية العجزية الفقرية ملائما لهذا الوضع فاذن يلزم اذا لم نقل ان هذا الوضع صنف حقيقى ان يختار اقله انه شكل ممكن الوقوع
وكيفية حصوله قريبة من كيفية حصول الصنفين المنحرفين فالقمحدوة والمسطح الخلفى للجنين من حيث انهما من اول الامر ملتفتان باستقامة الى الخلف لم يكن الرأس محتاجا الان يعمل حركة استدارية فى التقعير ليدخل فى المضيق السفلى ومن حيث ان المنكبين ينفذان من المضيق العلوى موازيين

للقطر الحرقفى المزدوج لم يكن هناك حركة رجوع فى خارج الحوض كما انه ليس هناك حركة استدارة فى باطنه فاذا انتهى الحال بالتفات الوجه نحو فخذ والقمحدوة نحو الفخذ الاخرى فذلك لان الجذع الذى دار على محوره القائم ليضع المنكبين من الامام الى الخلف جذب ضرورة فى الاتجاه المذكور القطر الجدارى المزدوج

وليس هذا الوضع اقل جودة من الوضعين المنحرفين المقابلين له الافى كونه بعرض الجبهة والوجه زيادة عن غيره لان ينقلبا الى الاسفل وبعرض الاقطار العظيمة للرأس لان تجاور الاقطار الصغيرة للحوض وقوابل الاعصر السالفة لما نسبوا التعسرات التى توجد فى هذا الوضع لاحتكاك الوجه بالجهة الخلفية للعانة لم يتأملوا ويقينا فى الانثناء الذى يحصل للرأس اذ كان يسهل عليهم اذذاك مشاهدة ان الذى يلزم ان يستند على الجزء الخلفى للمفصل العانى هو اعلى الجبهة او الطرف المقدم للقطر القمحدوى القمى لا طرف القطر القمحدوى الجبهى

(خاتمة فى امور خارجة عن العادة تحصل فى بعض اوضاع الجمجمة

يظهر فى بعض اوضاع قمة الجمجمة ان حركات الرأس خارجة عن السير الاعتيادى للولادة فمثلا كثيرا ما يتفق ان الرأس بعد ان ينفذ بانحراف من المضيق العلوى يكون موضوعا فى التقعير بالعرض ويبقى فيه زمنا ما قبل ان يفعل حركة الاستدارة وفى بعض الاحيان لا تحصل تلك الحركة اصلا اولا تحصل تامة فحينئذ يخرج الرأس من المضيق السفلى بانحراف اى تابعا الخط الزاوى كما يخرج من المضيق العلوى او انه يخرج منه بالعرض محكما بحيث ان القطر القمحدوى القمى يجاور القطر الحجبى المزدوج وفى بعض الاحوال اذا خرجت القمحدوة من الفرج تدور الى جهة مخالفة بالكلية للجهة التى يلزم أن تتبعها اذا انتظمت حركة الرجوع ومن ذلك ما شاهده المؤلف وغيره من ان الوجه فى الوضع القمحدوى الحقى الايسر قد يتجه نحو الفخذ اليسرى كما فى الوضع الثانى وبالعكس فى النظير بحيث ان الجنين يفعل

من ابتداء الطلق الى نهايته نحو نصف لفة استدارية تقريبا من الخلف الى الامام ومن اليسار الى اليمين او من اليمين الى اليسار على حسب الوضع وقد اخطأ بودلوك فى نسبة هذا الانحراف فى الانتظام الى صغر حجم الطفل اولافراط سعة الحوض * قال المؤلف ولقد شاهدته فى نساء كانت ولادتهن بطيئة جدا او كان حوضهن غير زائد السعة عما يلزم لمرور الطفل فهل يصح ان ينسب ذلك لهيئات مخصوصة فى المضيق السفلى او فى التقعير او لامر خارج عن العادة فى الانقباضات الرحمية او نقول وهو الاحسن انه ينسب لاندفاع وصل اولا للجنين ثم بعد ان احدث حركة استدارة اعتيادية بقى قويا بحيث يجتاز الرأس والمنكبان به نصف دائرة تامة ومعارفنا العلمية لم توصلنا الى الآن الى السبب الحقيقى

(الفصل الثانى)

(فى المجيء بالوجه)

اجمع كثير من القوابل على انه لا ينبغى ترك الولادة لمساعدة المرأة فقط اذا جاء الجنين بوجهه فبعضهم كان يدخل اصابعه ملتفة برفادة ليدفع بها الجبهة وكثيرا ما حدث من ذلك تشوه ثقيل مثل فقء الاعين وسلخ الوجه وغير ذلك وبعضهم امر بقلب الرأس بواسطة جفت الولادة او الكلاب وقيل ان الولادة بهذا الوضع قد تحصل بنفسها من غير استعانة بشىء من الخارج وخص بودلوك حصول الولادة من نفسها بما اذا كان الجنين صغيرا والحوض كبيرا وقالت القابلة لشبيل ان هذا الوضع يقرب لان يكون سهلا نظير ما يحصل بقمة الرأس الا ان مدة الولادة فيه اطول واكدت انها شاهدت اثنين وسبعين حالة من هذا النوع منها اثنان واربعون تمت الولادة فيها بدون خطر للام ولا للجنين ووافقها على هذا الرأى كثيرون نهاية ما يكون انه قد يتفق مشاهدة الوجه بعد الولادة منتفخا وممن قال بعدم امكان الولادة بهذا الوضع اذا لم يستعن بالصناعة قابرون * قال المؤلف وآمل انه سيرجع عن هذا الرأى فانى قد شاهدت الولادة بهذا الوضع ست مرات وتركت النساء فيها للطبيعة وللطلق فلم يحصل

نعم مرات لا وجات الا ولادا حيا اقوياء وفي كتب المؤلفين مشاهدات من ذلك كثيرة وكلها تثبت ان ولادة هذا الوضع كما تكون ممكنة تكون ايضا سهلة ومن خالف في ذلك مثل فابرون لم يفهم حق الفهم كيفية حصوله

فاذا جاء الجنين بالوجه بان كان الذقن نحو العانة والجبهة جهة العجز مثلا فان القطر الجبهي الذقني الذى هو ثلاثة قراريط او ثلاثة ونصف اذا امتد الى اليافوخ المقدم يكون مثل قياس القطر العجزى العانى فيأخذ المحل الذى يشغله احدا قطار الدائرة القمحدوية القمية في الاوضاع القمية ثم اذا نزل الرأس بعد ذلك وصل الذقن الى اسفل العانة قبل ان تصل القمحدوة للتقعير ولم يزل الصدر في المضيق العلوى وعند ذلك يدخل الوجه في الدائرة الحوضية السفلى ثم ان مقدم الرقبة الذى يقف في الحافة السفلى للارتفاق يقهر العمود الفقرى على ان يؤثر ايضا في الجزء الخلفي للرأس فيدفعه ويمرجه من الخلف الى الامام حتى يخرج من الفرج

الاسباب نسب بعضهم هذا الوضع لانحراف الرحم فيكون اول الاعمال الشاقة ان يستند اعلى القمحدوة على جزء من المضيق فبذلك يقهر الرأس على ان ينخفض اولا وبعضهم نسبه لميل الجنين نفسه وانحرافه كانحراف الرحم ايضا وقالت القابلة لشبيل ان سببه هو ان الانحراف الرحمى المقدم من حيث انه عام الحصول فثقل القمحدوة يمنع الذقن من ان يبقى موضوعا على القص ويجعل القطر الذقني القمى مجاورا للقطر العجزى العانى قبل ابتداء الطلق قال المؤلف ويظهر لى ان هذه الاراء لها اصل ولكن لا تكفي لتوضيح الامور الواقعية والتي تؤكد عندى ان هذا الوضع لا يكون في الغالب الا تحول من الاوضاع القمحدوية الخلفية للقمة وانه من اعمال البنية الطبيعية للرحم في دفع الرأس اذا لزم خروج القمحدوة من الخلف

واوضاع الوجه ليست في الحقيقة الا الاوضاع المعكوسة للقمة فمن الواضح انه يصح ان تختار لها انواع واصناف نظير السابقة غير ان المؤلفين عموما لم يشرحوا الا اربعة اوضاع مع انهم ايضا لم يتوافقوا على كيفية وضعها

فبعضهم جعلها موافقة للاوضاع الاربعة المنحرفة للقمة وبعضهم جعلها مستعرضة من الامام الى الخلف فذكروا الوضع الذقنى الحرقفى الايمن والوضع الذقنى الحرقفى الايسر والوضع الذقنى العانى والوضع الذقنى العجزى ودراسة هذه الاربعة لا تخلو عن منفعة وانما المهم فى العمل هو ان يعرف اولا ان الاوضاع المقدمة الخلفية نادرة حتى ان القابلة لشبيل ما شاهدت منها ولا مرة واحدة * ثانيا انها اذا حصلت احيانا فى الابتداء تحول بسرعة الى وضع جانبى * ثالثا ان الوضع الذقنى العجزى يظهر انه غير ممكن بدون هذا التحول * رابعا ان الوضع الذقنى العانى من حيث انه الانتهاء الطبيعى للباقى يصح ان يكون هو الاكثر حصولا وان ندر فى الحقيقة كونه وضعا اوليا خامسا ان القطر الجبهى الذقنى فى الاوضاع الحرقفية يتجه فى الغالب بانحراف قليل اكثر من اتجاهه بالعرض

وينبغى ان يعرف ان الوجه قد لا يجيء بكليته فكثيرا ما تكون الجبهة اخفض من الذقن واحيانا العكس وفى بعض الاحوال ينزل الوجه باحد الخدين ومن ذلك تنشأ الاصناف التى ذكرتها القابلة لشبيل وقد تكون هذه اولية اى توجد من ابتداء الطلق او ثانوية اى لا تظهر الا بعد الاعمال الاول بل فى زمن اقرب للوضع

(الوضع الاول)

(هو الذقنى الحرقفى الايمن)

من الواضح ان هذا الوضع زوغان للاول او الخامس من اوضاع القمة فالوجه يصل بالعرض فى التقعير غير ان طول الرقبة لا يسمح للذقن بان تذهب الى محاذاة حدبة الورك او تجذب اعلى الصدر الى اسفل المضيق العلوى وتقلب القمحدوة بقوة الى الخلف على الظهر ويكون جميع طول القطر القائم للرأس الممتد الى الوجه المقدم من قاعدة القص موضوعا فى موضع القطر الجبهى الذقنى فتحصل بعد ذلك حالا حركة ادارة تغير مجاورات هذه الاجزاء فالذقن ومقدم الرقبة ينزلقان من الخلف الى الامام حتى يكونا فى قوس العانة بخلاف

القمة فانها تتجه حينئذ الى الجهة المخالفة لذلك وتذهب حتى تصل الى الوجه المقدم للعجز واما الخد الايمن الذى كان اولا اخفض من الايسر فيدخل اولا فى المضيق العلوى ويبقى مستندا خلف العانة اليسرى مدة كون الآخر الجاذب منه الوجه والجمجمة يفعل حركة انقلاب من اعلى الى اسفل ومن اليمين الى اليسار فعند ذلك يشاهد ظهور الجانب الايمن للفك تحت القرع الحجبى العانى الايسر فيصل الذقن تحت الارتفاق بعد ذلك بقليل والجانب الآخر للفك لم يلبث قليلا حتى يظهر تحت الجانب الآخر للقوس وينتهى حال الوجه بان يكون فى المضيق لانه يخرج منه تابعا الخط الزاوى كما ظن ذلك بجيل فحينئذ تمر الجبهة شيأ فشيأ متبوعة بالدرز السهمى وبالقمحدوة على المسطح الذى جهزه لها الوجه المقدم للعصعص والعجان فتبدو من امام العجان جميع هذه الاجزاء على التعاقب ثم ان الذقن بخروجه من القرج يرتفع تدريجا نحو جبل الزهرة فيتكون من القسم اللامى اى الطرف السفلى للقطر القائم مركز نصف دائرة يرسمها الرأس فى خروجها من المضيق وباقى الولادة يتم كما فى اوضاع القمة

وفى المضيق العلوى يكون اليافوخ المقدم المرتفع نحو الحفرة الحرقفية اليسرى طرف قطر يتممه الذقن من الامام ويكون مجاورا لاحد القطرين المنحرفين والقطر المستعرض للحوض واما القطر الصدغى المزدوج المائل جدا الى الامام فيجاور القطر المنحرف المقابل او القطر العجزى العانى والذى يدل على محور المضيق هو القطر القمحدوى القمى او القمحدوى الجبهى واما فى المضيق السفلى فالقطران الذقنى القمى والصدغى المزدوج هما اللذان يتبعان القطر العصعصى العانى والقطر الحجبى المزدوج

(الوضع الثانى)
(هو الذقنى الحرقفى الايسر)

اذا التفت الذقن الى الحفرة الحرقفية اليسرى يكون وضع الوجه مناسبا للوضع الثانى او الرابع القمى وهو اقل كثرة من السابق ولا يختلف عنه

الا فى كون الذقن يدور الى المسطح المائل المقدم الايسر والقمة الى المسطح الخلفى الايمن ليكون موضوعا من الامام الى الخلف ويخرج من الدائرة العجانية فالخد الايسر هو الذى ينخفض فى الابتداء حتى يجد نقطة ارتكاز خلف الفرع العانى الايمن واما الخد الايمن فينزل بعد ذلك من اليمين الى اليسار رافعا حركته الارجوحية والاول يكون تحت الفرع الايمن للقوس قبل ان يصل الآخر الدائم على حركته الاولى الى الجانب الايسر للمضيق فالذقن بدخوله تحت الارتفاق يكون مائلا الى اليسار قليلا واما فى الوضع الاول فكان ميله الى اليمين فالقمة بسبب ذلك تضغط على الرباط العجزى الحجبى الايمن اكثر بقليل من ضغطها على رباط الجهة الاخرى المقابلة اذا لم تستند على العصعص باستقامة ومجاورة اقطار الحوض فى فوهاته لاقطار الرأس ودوائره عند المجيء واحدة وانما حركة الاستدارة يلزم ان تكون هنا اسهل قليلا اذا كان حقا كما زعموا ان وجود المستقيم يمكن ان يتعب الحركة فى الوضعين الجبيين القمعدوى الحقى الايمن والجبهى الحقى الايمن فيشاهد فى هذا النوع ان الرأس يفعل حركة استدارة اكبر مما فى السابق ويخرج من الفرج تابعا الخط الزاوى او بالعرض

(الوضع الثالث)
(هو الذقنى العجزى)

هو نادر جدا * اولا لان الوضع القمعدوى العانى الذى يتولد هذا منه يبعد ان يكون فى نفسه كثير الحصول * ثانيا لانه اذا كان حقا ان هذا الوضع يوجد احيانا او غالبا فى الازمنة الاول من الطلق فان انقباضات الرحم تحوله حالا الى وضع زاوى او مستعرض * ثالثا لانه اذا استمر زمنا طويلا فان الذقن لكونه بارزا ويمكنه ان يستند على الزاوية العجزية الفقرية يقهر القمعدوة على ان تنخفض وتنقلب نحو مركز الحوض وتصير موضوعة فى الوضع الثالث القمى * رابعا لان الذقن الذى يلزم ان يكون دائما اول ما يبدو من الفرج لا يمكن كما هو واضح ان ينزل فى هذه الحالة الى الحافة المقدمة من العجان

الا اذا كان الجنين سقطا لان الصدر حينئذ يكون جميعه فى الحوض مع الرأس ايضا

وهاهو ما يمكن حصوله وذلك ان القمة المنتقلة الى الامام او الجانب قليلا كما فى الاوضاع المقدمة الجمجمية لما لم تنقلب الى وضع جانبى تقدمت الجبهة خلف جسم العانة او ارتفاقها فينزل الذقن حينئذ تحت الزاوية العجزية الفقرية او العضلات القطنية وبهذه الكيفية يدخل الرأس كله حتى يجاوز اليافوخ المقدم بالنظر لمسطح الرأس المقدم وحتى يجذب الوجه معه مقدم الرقبة كله بل ومبتدأ الظهر من الخلف فيفعل القطر القمحدوى الذقنى المجاور ايضا المحور المضيق حركة انقلاب من اعلى الى اسفل ومن الخلف الى الامام فالذقن بدخوله شيأ فشيأ نحو عمق التقعير وكونه مع ذلك ممسوكا بالصدر الذى لا يمكنه التقدم يقهر الدرز السهمى على ان ينزلق خلف العانة والجبهة على ان تصل الى الجزء العلوى من المضيق السفلى والحفرتان الجبهيتان لم يلبثا قليلا حتى يأخذا نقطة ارتكاز على العجان فينزل اليافوخ الخلفى ايضا وينتهى حالة بان يظهر فى طرف القوس فيخرج الرأس كما فى الوضع القمحدوى المقدم فينتج من ذلك ان اعظم قطر يجاور مسطحى المضيقين هو القطر القمحدوى الجبهى ويدخل فى اتجاه يكون منحرفا بحيث ان الرأس لا يوجد عادة الا على دائرة عشرة قراريط او احد عشر من الفتحات الحوضية ولقد خرج الجنين بهذه الكيفية نفسها فى جملة من المرات التى شاهدها سميلى وذكر غيره امثلة من هذا القبيل

(الوضع الرابع)

(هو الذقنى العانى)

فلذ ذكرنا فيما سبق ان الوضع الذقنى العانى نادر الحصول فى ابتداء الطلق ولا كذلك فى الآخر لان به ينتهى الوضعان الاصليان وكيفية حصوله ليس فيها عسر زيادة عما يوجد فى غيره فلذلك لا حاجة لاطالة الكلام عليه هنا

فقد

فقد علمت ان جميع اوضاع الوجه ممكنة الحصول ويمكن الولادة بها بدون استعانة باشياء خارجية

(تتمة)

قد يتفق فى العمل وجدان اوضاع لا تنسب لاوضاع القمحدوة ولا لاوضاع الوجه الحقيقية ففى بعض الاحيان قد ينزل الرأس بنصف انقلاب بحيث ان الذى يجاور اقطار المضيقين ليس هو القطر القمحدوى القمى ولا الجبهى الذقنى وانما هو القطر القمحدوى الجبهى ودائرته او القطر القمحدوى الذقنى وان كان ذلك الاخير نادرا وتارة يكون الرأس منثنيا جدا فيظهر جزء من القفا مع جزء من القمحدوة وكثيرا ما يتفق ان الذى ينفذ اولا هو الاذن والصدغ

(الجزء الثانى)

(فى الولادة السهلة الغير الطبيعية اى المجىء بالحوض)

تحصل نسبة عشرة لمائتين وثمانية وقيل غير ذلك فالطرف الحوضى للجنين يشتمل على القدمين والركبتين والمقعدة فاذا جاء احد هذه اولا جاز ان تحصل الولادة بنفسها كما هو الغالب لكن لا نقول ان ذلك طبيعى كما قال الغير ولا ان الولادة بالقدمين تكون دائما خطرة حتى يلزم توصيل الرأس الى المضيق لا ان تترك القدمان لتخرج اولا نعم ينبغى ان نتوافق اقله على ان هذه الولادة تكون لعسر من الولادة التى تحصل بالطرف الآخر للقطر الرأسى القصعى

الاخطار* اعترف القوابل بان الاطفال الذين يولدون امواتا بهذه الكيفية اكثر من الميتين فى الولادة بالجمجمة فان ثمانمائة واربعة اولاد جاؤا بهذه الكيفية ولد منهم خمسمائة واحد وثمانون ولدا احياء بصحة جيدة والباقون ولدوا امواتا ومن ستمائة وثمانية وتسعين ولدا جاؤا باوضاع القمة ولد ستمائة وثمانية وستون ولدا احياء والباقون امواتا وسبب ذلك ان الانتظام والشكل المستدير والمقاومة التى توجد فى الرأس عند دخوله فى فوهات الحوض بعد تمزق الاغشية لا توجد فى الطرف الحوضى للجنين لان تأثير هذا الطرف

فى توسيع عنق الرحم ضعيف جدا فالرأس اذا جاء اولا تؤثر فيه انقباضات الرحم بتوسط العمود الفقرى كما تؤثر على جسم صلب * واما الطرف الحوضى فانه لين رخو قابل للانثناء فينقاد وكأنه ينهرس على نفسه والرأس هو الجزء الاكبر حجما والاحسن تهيئة لتحمل كل نوع من الضغط ويبرز اولا فى الاوضاع الجمجمية واما فى الاوضاع الحوضية فبالعكس اى ان الذى يتقدم انما هو رأس المخروط بحيث ينزل الجنين ببطئ يزيد كلما كان الطلق اكثر تقدما وفى الحالة الاولى ينزل باقى الجسم بعد خروج الرأس فلا يخشى حصول ضغط مغم فى الصدر والبطن واما فى الحالة الثانية فان البطن والصدر الملزومين بأن يقهرا مقاومة العنق لا يتحملان هذا الضغط مدة لحظات بدون خطر الا نادرا فالكبد وغيره من الاحشاء البطنية يلزم ان يؤثر على الاوعية الغليظة فتتعب جدا دورة الدم فى الحبل السرى المنضغط بالصدر وكذا حركات القلب بل قد يتعطل ذلك بالكلية وفى الولادة بالرأس تكون السلسلة الفقرية بمثابة فرع طويل من رافعة ترتكز عليه الرحم بقوة الى نهاية الطلق وفى المجيء بالطرف الحوضى يكون الرأس خالصا عن معظم الانقباضات الرحمية قبل ان ينفذ من المضيق العلوى فتخسر الرحم جميع منافعها بخلاف المجيء بالطرف الحوضى فان الرأس لا يتأثر من تلك الانقباضات قبل نفوذه من ذلك المضيق فتفقد الرحم جميع منافعها فى اللحظة التى تحتاج فيها الكل قواها وايضا فان الضغط المتوالى الذى تكابده الاعضاء من اسفل الى اعلى يدفع الدم نحو الرأس فبسبب الاحتقان المخى الذى يوجد غالبا فى الاطفال الذين يولدون بالاقدام الا ان ذلك ناشئ كما قال بعضهم من فعل الهواء البارد التى يصيب جذع الجنين قبل خروج الرأس

الاسباب * هى غير جيدة المعرفه نهاية ما يقرب للعقل انه قرب الزمن الذى يبتدأ فيه زيادة القطر القمحدوى العصعصى على الاقطار المستعرضة او الافقية للرحم قد يتفق للطفل الذى ذهب رأسه الى اعلى بسبب حركة عنيفة او استلقاء من الام او بسبب آخر ان لا يقدر على الرجوع لوضعه الاول وكذا من المحقق

فعندنا الآن ان المجيء بالطرف الحوضي يكون اكثر في السقط والتوائم
واوضاع الطرف الحوضي يصح ان تميز كاوضاع الرأس الى اوضاع منتظمة
واوضاع غير منتظمة او زايغة ففي الاوضاع الاول تكون الفخذان موضوعتين
على البطن والساقان منثنيتين على الفخذين واما الاليتان والرجلان فتجيء
معا للمضيق العلوي والمحور العظيم القمحدوي العصعصي يكون موازيا للمحور
الدائرة الحوضية وفي الاوضاع الاخر ينحني الجنين كثيرا او قليلا الى اليمين
او اليسار او الامام او الخلف والذي يكون مجاور المركز الحوض هو الوجه الخلفي
للعصعص او احدى الحدبتين الجبيتين او مقدم الساقين او الاعضاء التناسلية
والعادة ان هذه الاوضاع تحول الى الاوضاع الاخر عندما تسيل المياه واحيانا
تبقى حافظة لحالها زمنا طويلا لاقتباطي الطلق وتعارض في بعض الاحوال
امكان حصول الولادة من نفسها

والاوضاع المنتظمة قد تصير اوضاعا غير منتظمة اما لان القدمين تبقيان على
نزولهما مستندتين على الاليتين او لان احدى الساقين ترتفع على المسطح
المقدم للجذع عندما تمتد الاخرى وتنزل اولا او ان احداهما تكون موضوعة
بالعرض بحيث ان الركبة والعقب يستند كل منهما الى نقطة من المضيق
معارضة للاخر او ان احدى الركبتين تنزل مع قدم او الية وان احد الطرفين
السفليين يكون مقلوبا الى الامام كلا او بعضا والاخر يكون مقلوبا الى الخلف
وان هذه الحالة الاخيرة توجد مع ركبة او قدم فقط او مع قدم والية معا او غير
ذلك لكن الغالب ان تبقى هذه الاوضاع المنتظمة الى آخر الطلق فتمتد حينئذ
الفخذان وتخرج القدمان اولا وقد ترتفع الاطراف ويأتي الطفل منثنيا على
باليتيه معا او قد يتفق ايضا ان تنزل القدمان والاليتان معا واحيانا اخر تنخفض
الركبتان معا او احدهما بخلاف القدمين فتبقيان حينئذ موضوعتين على
على الحدبتين الجبيتين فيقوم من ذلك ما يسمى بالمجيء بالركبتين فينتج من ذلك
انه في الحقيقة لا توجد اوضاع اولية للقدمين ولا للركبتين وانما توجد اوضاع
للمقعدة الى وقت تمزق القرن الامنيوسي فلذلك ينبغي ان لا تعتبر هذه الانواع

المختلفة من الاوضاع الا اشكالا لنوع واحداصلى وهو المجيء بالطرف الحوضى للجنين

(الفصل الاول)
(فى المجيء بالقدمين)

يسمى عند العرب باليتن بمثناة تحتية ثم فوقية ثم نون قال فى القاموس اليتن ان يخرج رجلا الجنين قبل يديه انتهى وهو يحصل بنسبة ثلاث وعشرين لالف وثمانماية والخطر الذى ذكرنا انه يحصل من الولادة بالطرف الحوضى انما ينزل على الخصوص فى المجيء بالقدمين والجنين حينئذ يكون شبيها فى هذا الوضع بمخروط او بخابور حاد جدا ينزل من رأسه الى قاعدته والقرن الذي يكون عموما اقل انتظاما واكثر استطالة منه فى غيره يتمزق فى معظم الاحوال قبل ان يتم اتساع العنق ويجعل انضغاط الطفل آخذا فى الزيادة بدون انقطاع من منشأ الاطراف البطنية الى اعلا الصدر فالاحشاء تندفع من اسفل الى اعلى بقوة وبالجملة فالحرقفتان والبطن والصدر هى التى توسع اعضاء المرأة وتفتح طريقا للرأس فلو كان التجويفان البطنى والصدرى مكونين من عظام صلبة وكان طول الاقطار الافقية لهما كطول اقطار الرأس لتحملا ضغط العنق الرحمى عليهما مع قليل خطر للطفل غير ان الامر لا يكون كذلك دائما

والاسباب التى تؤدى لموت الجنين فى الولادة بالقدمين قد شرحت فيما سبق فمنها انصباب دم فى الجمجمة فالسائلات التى تذهب من اسفل الى اعلا تدريجا تحدث فى الغالب احتقانا عظيما فى الرأس نعم لاشك ان هذا خطر حقيقى لكن ليس هذا هو الخطر الوحيد ولا الرئيس فان انضغاط الحبل السرى على الصدر اولا من عنق الرحم ثم على الحوض بعد ذلك بالرأس يوضح كيفية هذا الاحتقان ويضاف لذلك انفصال المشيمة قبل خروج الجنين بزمن اطول من انفصالها فى الولادة بالرأس والانضغاطات الحشوية والوعائية التى سلف ذكر شيء منها وبها يوضح التغير الذى يعرض للدورة والعوارض التى تنتج

عن

عن ذلك

(النوع الاول)
(الوضع العقبي المقدم)

(الصنف الاول)
(يكون القطن فيه من الامام واليسار)

هذا الوضع الاول للقدمين يكون فيه المسطح المقدم للجنين ملتفتا الى الخلف واليمين والالية اليمنى ملتفتة نحو الارتفاق العجزى الحرقفى الايمن والالية اليسرى لجهة التجويف الحقى الايمن فينتج من ذلك انه اذا كان وجود المستقيم هو السبب الرئيس للكثرة النسبية للوضع الاول الجمجمى لزم ان يكون الوضع الاول للقدمين اندر من الثانى مع ان المشاهد العكس لان القابلة بوافين شاهدت فى مايتين واربع وثلاثين ولادة بالاقدام ان الوضع العقبى الحقى الايسر منها كان ماية وخمسا وثلاثين ثم ان العقبين القريبين كثيرا اوقليلا للحدبتين الجبيتين لايدخلان فى العنق حقيقة بعد انفجار القرن الا وقت سيلان للماء بل بعد ذلك احيانا فاذا لم ينفجر القرن الا بعد اتساع الفوهة اتساعا مناسبا فان الساقين والفخذين تتبع القدمين حالا وعقب ذلك بدون توان تصل الاليتان الى الفرج بعد نفوذهما من المضيق العلوى تابعتين الخط الزاوى واما فى الحالة المخالفة لذلك فان جميع هذه الاجزاء لاتنزل الاتدريجا ببطئ كلما تكرر الوجع والعادة ان حوض الجنين قبل دخوله فى المضيق السفلى يفعل حركة استدارة على المسطحين المائلين المقدم الايمن والخلفى الايسر للتقعير فالالية اليسرى تأتى وتملأ قوس العانة حينما تنزلق الالية اليمنى على تقوس العجز فالطفل كله ينحنى على جانبه المقدم او الايسر

والالية اليمنى تتقدم شيأ فشيأ بهيئة حركة انقلابية من الخلف الى الامام فتضغط وتطيل العجان وتخلص من حافته المقدمة * واما الالية اليسرى فتبقى حينئذ واقفة بدون حركة فى طرف القوس * ثم يأتى البطن وينفذ من العنق ارخى واما الاليتان اللتان صارتا خالصتين فى الخارج فيأخذان اتجاههما الاول بان

تفعل اشبه حركة رجوع تذهب بالالية اليسرى الى اليمين والالية اليمنى الى اليسار والمرفقان المنضغطان على جانبي الصدر وامامه قليلا ينقادان لانقباضات الرحم ويذهبان مع الصدر للتقعير

او المنكبان يتبعان الصدر في النفوذ من الفوهة البطنية للحوض حيث يبقيان موضوعين في نفس الاتجاه الذي سلكاه في ابتداء الطلق اعني الاتجاه الزاوي فالايمن يكون امام الارتفاق العجزى الحرقفي الايسر والايسر يكون خلف التجويف الحقي الايمن ثم انهما اسفل المضيق تحصل فيهما نفس الحركة التي حصلت للاليتين حتى يكونا حالا كما كان هاتان الاليتان في الاتجاه المقدم الخلفي

وبعد ذلك فالرأس المنثني جدا يتبع اعلى الصدر فينفذ ايضا ورأس شكله البيضاوي هو الذي ينفذ اولا وقطره القمحدوي الذقني يجاور محور المضيق الذي مسطحه يكون حالا موازيا للدائرة القمحدوية القمية والقطران الجداري المزدوج والقمحدوي القمي يجاوران القطرين المنحرفين واما مجاورات الرأس للدائرة الحوضية العليا فانها مثل ما هي في الوضع الاول الجمجمي انما الفرق هو ان الذي يتقدم اولا ليس هو الطرف الكبير للمخروط الرأسي بل هو الطرف الصغير والذقن والوجه وقاعدة الجمجمة لا البيضاوي العلوي ولا القمحدوة وان الجدار الايسر بدل ان ينزل قبل الاخر كما يستدعيه الوضع المقدم اذا جاء الجنين بالرأس يأخذ محل الجدار الايمن فيقف بسرعة خلف العانة فيذهب الجانب الخلفي للجمجمة الى عمق التجويف

فحينئذ يشاهد في الخارج اصل الحبل السرى والبطن وجزء من الصدر فيظهر المرفق الايسر في قمة القوس العاني واما المرفق الايمن والعضد والمنكب الايمنان ايضا فتنزلق شيأ فشيأ على العجز والعجان حتى تظهر على التتابع امام المجمع الخلفي للفرج الذي يرفع جذع الجنين بقوة نحو جبل الزهرة والغالب ان المنكب المقدم لا يخرج بالكلية الا آخرا مع ان المرفق المحاذي له يظهر اولا من الخارج ثم بعد ذلك حالا اذا لم يكن الطفل ممسوكا يسقط بثقله الى الخلف

مستندا على الحافة المقدمة للعجان فتحصل حالا نوع حركة رجوع تأخذ المنكب الايسر الى اليمين والمنكب الايمن الى اليسار والقطر الاخرمى المزدوج يصالب من جديد على زاوية قائمة القطر القمحدوى القمى

ومتى وصل الرأس للتقعير دار على المحور القمحدوى الذقنى ليوصل الوجه الى الخلف والقفا والقمحدوة الى الامام فينزلق طرفا المحور القمحدوى القمى من اليمين الى اليسار ومن الامام الى الخلف على السطح المائل الخلفى الايمن ومن اليسار الى اليمين ومن الخلف الى الامام على السطح المائل المقدم الايسر كما فى الوضع الاول للقمة لاجل ان يضع نفسه ذلك القطر فى اتجاه القطر العصعصى العانى فالرحم حينئذ لا تقدر ان تؤثر بذاتها على الرأس الذى يكون كله او بعضه فى المهبل غير ان التهيج الناتج من الضغط على المستقيم والمثانة يلزم المرأة بان تجمع جميع قواها وتتنشط فتأتى انقباضات عضلات البطن لتعين الرحم التى ضعفت قوتها فتقوم مقامها فى الاعمال الشاقة ثم تؤثر القوة الدافعة كلها على القمحدوة فلاجل ان يوافق القطر القمحدوى الذقنى محور المضيق العجانى يفعل على التدريج حركة ارجوحية تقرب اليافوخ المقدم للوجه المقعر الذى للعجز وبها يدفع الذقن الصدر نحو الارتفاق العانى واما القفا المستند على قمة القوس العانى فانه يوجه الرأس اتجاها مقوسا بحيث يظهر من الفرج على التعاقب واحدا بعد الآخر من الامام الى الخلف الذقن والجبهة واليافوخ المقدم ثم بعد ذلك تبرز القمحدوة من اعلا الى اسفل فيخرج بذلك من الحوض وبذلك تتم الولادة

(الصنف الثانى)

(يكون القطن فيه من الامام واليمين)

وهو بنسبة ست وثمانين لمائتين واربعة وثلاثين وضعا من اوضاع القدم فى الوضع العقبى الحقى الايمن يتجه اخمص القدمين ومقدم الساقين وجميع المسطح المقدم للجنين الى اليسار والخلف والجانب الايمن يكون من الامام واليسار فالقدمان والساقان كما فى الوضع السابق لا تنبسط ولا تندفع فى الفوهة

الوحشية الابعد انفجار القرن والاليتان والعضدان والمنكبان تنفذ
من المضيقين وتأتى للفرج بالكيفية السابقة اعنى انها تنفذ من المضيق العلوى
على خط الزاوية ومن المضيق السفلى من الامام الى الخلف وانما حركة الاستدارة
تحصل من اليسار الى اليمين لا من اليمين الى اليسار والاعضاء التى تاتى وتأوى فى
القوس العانى هى الالية اليمنى والمنكب الايمن لا الاجزاء المقابلة لهما من الجانب
الايسر والمسطح البطنى للجنين يلتفت الى اليسار فيأخذ محل المسطح الخلفى
الذى يلتفت حينئذ الى الحفرة الحرقفية اليمنى واما القطران القمعدوى الذقنى
والجدارى المزدوج والقطر القمعدوى القصى والدائرة القمعدوية القصية فتحفظ
مجاورتها مع المحور والقطرين المنحرفين ومسطح المضيق العلوى ومع المحور
والقطرين العصعصى العانى والجبى المزدوج التى للمضيق السفلى لكن الوجه
والجبهة يلتزمان بان ينزلا على مقدم الارتفاق العجزى الحرقفى الايسر وتفعل
الحركة الاستدارية على المسطح المائل الايمن والخلفى الايسر وبالاختصار
فالوضع الثانى لا يختلف عن الاول الا كاختلاف اليد اليسرى عن اليد اليمنى
فكيفية الحصول فى احدهما مماثلة لما فى الاخر فمن السآمة اطالة الكلام
هنا على ذلك

(الصنف الثالث)
(يكون القطن فيه من الامام باستقامة)

ونسبته لعدد الولادة بالقدمين مطلقا كنسبة سبعة او ثمانية الى مائتين واربعة
وثلاثين فهذه الامثلة موجودة منه فى كتب المؤلفين وبالجملة فشكل المضيق
لا يمنع هذا المجىء فان الحوض عريض من الامام بحيث تدخل فيه الاليتان
بالعرض والزاوية العجزية القطرية يمكن ان تتخذ لها محلا بين الفخذين او الساقين
المنثنيتين او الممتدتين من الجنين والبطن والصدر يسهل انخفاضهما فلا يحصل
منهما عائق لهذا الوضع والمنكبان ينفذان ايضا بسهولة كالاليتين من المضيق
موازيين لقطره المستعرض واما الرأس فانه وان كابد فى نفوذه فى التقعير
من التعسر مثل ما يكابده فى الوضع الثالث فى المجىء بالجمجمة الا انه يندر

الى لا يزوغ الى يمين او يسار الثدو العانى * فهذا الوضع فى مدة سير الطلق يتحول غالبا بل دائما فى الاثناء الى الوضع الاول او الثانى فتارة يكون ذلك عند وصول الحرقفتين الى المضيق العلوى وتارة يبقى ذلك الوضع الى دخول المنكبين فيه وتارة لا يتحول الى الوضع الزاوى الا وقت نزول الصدر كله فى التقعير وقد يتفق ان لا يتحول اصلا فحينئذ يشاهد احد شيئين اما ان الاليتين والمنكبين والرأس لا تدور على محورها لا فى المضيق البطنى ولا فى التقعير ولا فى المضيق السفلى وحينئذ يكون ظهر الجنين فى خارج الحوض كما فى داخله ملتفتا دائما الى الامام وليس هناك حركة استدارة فى الباطن ولا حركة رجوع فى الظاهر واما ان الاليتين والمنكبين التى دخلت فى المضيق السفلى بالعرض تضع انفسها من الامام الى الخلف لتنفذ من الفرج بخلاف الرأس فانه ينزل باستقامة بدون ان يدور على محوره

(النوع الثانى)

(الوضع العقبى الخلفى)

هو يحصل بنسبة واحد لتسع وثلاثين ولادة بالقدمين ففى حالة التكبب التى يوجد عليها الجنين عادة يكون الاخمص ومقدم الساقين والجبهة والمسطح البطنى للجذع متجهة الى الامام والطرفان السفليان اللذان يمتدان بسرعة ويستطيلان بالانقباضات الرحمية ينفذان من المهبل ويصلان الى الفرج وتتبعهما الاليتان غير ان احيانا من المضيق العلوى فى اتجاه القطر الحرقفى المزدوج والغالب ان يمرا فى اتجاه قطر من الاقطار المنحرفة او اقله بعد ان ينحنى احدهما قليلا الى الامام والاخر الى الخلف اذا كانتا قبل ذلك موضوعتين بالعرض واما فى التقعير فتدخلان فى المضيق العجانى تارة فى اتجاه الخط الحرقفى المزدوج وتارة تتبعان القطر المنحرف واكثر من ذلك ان يكون هذا بعد ان يكونا موضوعتين احدهما من الخلف والاخر من الامام

ثم يحصل فى العضد والمنكبين مثل ما حصل فى الاليتين ويندر ان لا تفعل هذه الاعضاء حركة استدارة قبل ان تنفذ من الفرج حتى ولو حصل فيها الوضع

المستعرض فان هذه الاجزاء بعد اندفاعها بالحافة المقدمة للعجان وخروجها
اولا فاولا ترتفع جهة جبل الزهرة وان الجنين لاجل ان يتوافق مع تقوس
الحوض والاجزاء التناسلية ينثني على هيئة قوس مستطيلة جدا محدبة
من الخلف ومقعرة من الامام كما في الوضع الامامي وان الارتفاق تحت العانة
يظهر اولا في الجزء العلوي من الفرج غيران العضد والمنكب المتخالفين
المدفوعين على الخصوص بالحركات القوية للرحم يسيران من الخلف
الى الامام على القسم الخلفي ويبرزان اولا من الحوض ثم ترجع حافة العجان
على الرقبة كما انه يتسع للجذع بان يسقط على الشرج وللمنكب الآخر بان يبرز
من اسفل العانة ثم يدور الظهر من جديد الى الخلف بحركة تشبه حركة الرجوع
وذلك بوضع احد المنكبين على اليسار والآخر على اليمين سواء كان ذلك
باستقامة او على خط زاوي ولا يتأتى دخول الرأس بدون ان ينثني انثناء عظيما
فمن جهة نزوع القمحدوة غالبا نحو احد الارتفاقين العجزيين الحرقفيين
ومن جهة اخرى يكون القطر القمحدوي الجبهي بل الرأس كله رافعة
من النوع الاول طرفها المقدم يتحمل على الخصوص فعل القوة الدافعة
وينتهي حال الذقن بان ينخفض بعد ان كان ممنوعا بالصدر من ذلك وحال القطر
القائم بان يوجد موازيا للمحور المضيق ثم تأتي الجبهة واليافوخ المقدم احدهما
بعد الاخر ويختفيان خلف العانة وبموجب ذلك تجاور الدائرة القمحدوية
القمية سطح حافة الحوض كما في جميع الاوضاع الامامية

وفي تقعير الحوض ينزل الرأس على الاسطحة المائلة فيكون موضوعا
من الامام الى الخلف ثم ينزلق بعسر اكثر مما اذا كانت القمحدوة من الامام
والصدر الذي يكون من الخلف يعارض انخفاض الذقن واما القطر القمحدوي
القمي الذي طوله ثلاثة قراريط ونصف فمن حيث انه لا يمكن ان يوافق القطر
المقدم الخلفي الذي للتقعير ونظيره الذي لقمة الحوض يبدل بالقطر القمحدوي
الجبهي الذي اقل سعته اربعة قراريط واما الوجه والجبهة خصوصا فبهما
لكونهما اعرض واسوء تهيئة لا يتوافقان بالضبط مع شكل القوس العاني

بخلاف

بخلاف القفا والقمحدوة واما المنكبان فلا يخرجان بالكلية الا بعد مجيء الذقن للفرج

وبعد اندفاع الصدر والطرفين العلويين ينزل الجزء الخلفي العلوي من الرقبة من الامام الى الخلف على الحافة المقدمة للعجان كانه يدور على محور فيبرز الانف والجبهة واليافوخ المقدم وباقي الرأس ايضا على التتابع دافعة تلك الاجزاء الصدر الى الخلف

(خاتمة)

(فيها تنبيهات تتعلق باوضاع القدمين)

كيفية حصول الاوضاع الخلفية اثقل واصعب من حصول الاوضاع العقبية المقدمة فان الذقن او الجبهة اذا استندت على الحافة العليا للعانة كانت حركة انثناء الرأس ممنوعة او مفقودة والقطر القمحدوي الذقني او القمحدوي الجبهي ودائرته يأخذان محل الدائرة القمحدوية القمية فحينئذ لا تحصل الولادة بدون استعانة الا بعسر وقد غلط من قال لا بد في جميع الاوضاع الخلفية للقدم من الاستعانة بالصناعة مع ان البنية الطبيعية اذا تركت ونفسها كان نجاحها عموما اكثر من الاستعانة بقوة غريبة فتنثني الرأس وتضعه وضعا زاويا في المضيق العلوي وهذا الوضع يتحول في معظم الاحوال بنفسه الى الوضع المقدم اما فجأة عندما يصل الرأس للتقعير واما تدريجا كلما تقدمت الاليتان والمنكبان والرأس نفسه

وفي جميع اوضاع القدم تفعل الاليتان والمنكبان في العادة حركة استدارة قبل ان تدخل هذه الاعضاء في المضيق السفلي خلافا لبودلوك القائل بعدم حصول هذه الحركة اصلا وعلى رأي متأخري القوابل بالعكس اي ان الاليتين والمنكبين لا تخرج من الفرج الا في اتجاه القطر العصعصي العاني والرأي المتوسط من هذه الاراء رأي القابلة لشبيل وهو ان حوض الجنين والجزء العلوي من صدره ينفذان من المضيق السفلي بالاتجاه المنحرف او الزاوي لا بالعرض ولا بالاتجاه المقدم الخلفي الحقيقي

واما الذراعان فى الولادة بالاقدام فقيل انهما يرتفعان على جانبى العنق والرأس وقيل يبقيان على وضعهما على الصدر فيخرجان قبل المنكبين كما شوهد ذلك كثيرا لكن اذا كانت الرحم وحدها المساعدة بانقباضات عضلات البطن هى القائمة بدفع الطفل تكون جميع اجزائه مدفوعة الى الاسفل فى آن واحد بحيث انه بتكيبها وانضغاطها ببعضها ليسر ارتفاع واحد منها اذا نزل الآخر فالرحم من حيث انها كما تنقبض من قعرها نحو عنقها تنقبض ايضا باستدارة من اعلى الى اسفل كما الحركة الديدانية او بحركة انقباضية استدارية لم يحصل خطر فى استناد المرفقين والذراعين على الحافة العليا للحوض

(الفصل الثانى)

(فى المجيء بالركبتين)

يحصل بنسبة اربعة او خمسة لعشرين القا وهو مشابه للمجيء بالاقدام فلا حاجة لاطالة الكلام فى كيفية حصوله فسواء كانت الساقان منبسطتين او منثنيتين على الفخذين ليس خروج الطرفين السفليين من عنق الرحم ومضيق الحوض فى احدى الحالتين اقل سهولة من الاخرى ثم يصح ان نراهما اقل سرعة فى الحالة الثانية منه فى الحالة الاولى اذا انكسر القرن قبل ان يتم اتساع العنق فانصل الركبتان الى الفرج الا وتنبسط الساقان فعند ذلك تتم الولادة كما تتم فى الولادة بالاقدام

فالركبتان تأتى اولا اما لكونهما ينبسطان بواسطة حركات الطلق او بالفعل العضلى فيدخلان فى تقعير يتكون من طرف القرن وقت انفجاره واما لانهما فى هذه اللحظة يندفعان بالسائل عوضا عن القدمين لكون هذين ابعد عن مركز الفوهة منهما واما لان المقعدة التى جاءت اولا تصعد بعد ذلك الى الاعلى مع القدمين من تأثير انقباضات الرحم فيسهل للركبتين ان تنخفضا وحدهما فى العنق واما لان الساقين بعد سيلان الماء صارتا موضوعتين بالعرض اعلى عن الفوهة الرحمية او وقفتا فى نقطتين من المضيقين متعارضتين وبالجملة صار من المعلوم انه يمكن ان ينزلا معا او احدهما فقط مع قدم بدون ان يتغير سير الطلق

من الغلط ان ينسب للمجيء بالركبتين خطرا كثر مما ينسب للمجيء بالقدمين ومع ذلك قد يتفق ان ركبة منهما او الركبتين معا تستند على نقطة من الحوض كارضية تقعير الحوض مثلا عندما تثبت القدمان في نقطة معارضة لها معارضة تامة فالساقان حينئذ يكونان بالعرض فيضعفان الحركات الدافعة ولا ينزلان بطرف من طرفيهما لكن يسهل اصلاح هذا الامر الخارج عن العادة اذا لم يزل لوحده فلذا لا يعتبر خطره * والنزول الاولي بالقدمين قد يكون احيانا مصحوبا بذلك في الوضع الخلقي فانهما اذا ارتكزتا على الجدار الـ.. في الحوض تحصل منهما مقاومة فيظهر ان الركبتين على ان ينخفضا ..ينحصرا من الامام

(الفصل الثالث)

(في المجيء بالمقعدة)

هو يحصل بنسبة اربعين لالف وثمانية تقريبا وكانوا يعدونه اخطر واصعب من المجيء بالقدمين والركبتين وظنوا ان حجم الاليتين لا يسمح بخروج الجنين بدون ان يرض بعنف عنق الرحم والعجان او يتمزقا تمزقا عريضا غير ان هذا الظن غير قوي حتى على فرض ان لا يستفاد من التجربة شيء اذ يكفي ان يتذكر ..ار حوض الجنين حتى يتحقق ان حجم المقعدة حتى مع الفخذين لا يمنع الولادة بشرط ان لا يكون هناك عيب في تكون المضيقين وايضا فان الطرف الحوضي الجنين رخو لين يتوافق بسهولة مع شكل الفوهات التي يلزم ان يمر منها فلا يعرض عنق الرحم ولا العجان للتمزقات اكثر من الرأس

وفي الولادة بالقدمين او الركبتين يكون قرن المياه غالبا اكثر طولا فيتمزق بسرعة ولا ينفتح العنق لان يتسع جدا واما الولادة بالمقعدة فبالعكس فالكيس المائي يكون اعرض كما يكون في المجيء بالرأس ولا ينفتح الا بعد ان ينتج اتساعا عظيما في العنق فالاليتان والحرقفتان اللتان يفتحان الطريق يؤثران في مقاومة العنق بدون خطر والبطن والصدر ينفذان من المضيقين ومن الفرج بدون ان يخلف حصول ضغط شديد عليهما لان الحرقفتين يفوقان

فى العرض والصلابة بقية اجزآء الطفل ماعدا الرأس

ثم ان المؤلفين اختلفوا فمنهم من قال ان الولادة بالاليتين احسن من غيرها بعد الولادة بالرأس وانها اقل خطرا ومنهم من قال ان اكثر الاولاد الذين ينزلون بالاليتين يموتون عادة وان تلك الولادة اعسر واشد الما من الولادة بالقدمين ونقول ان الطلق فى الولادة بالاليتين يسير فى الغالب بطئ حتى ينفذا من العنق بل احيانا حتى ينفذا من الفرج واما المجيء بالقدمين او الركبتين فيظهر فى الابتدآء ان انتهاء الولادة يكون فيه سريعا والامر ليس كذلك وانما الاسرع يكون فى المجيء بالاليتين فان الظاهرات فى الحالة الثانية تتتابع بعد ذلك فتنتج تأثيرا يكون اقل كلما قرب الجذع للاندفاع التام واما فى الحالة الاولى فانه متى نزلت الحرقفتان فى المهبل فان الباقى يخرج باسهل ما يكون وانما نبهت على ذلك ليعلم انه لا ينبغى من اول الامر اذا جاء الطفل بالطرف الحوضى ان تخفض القدمان بالصناعة بقصد منع دخول الاليتين اولا قبل ان يحصل اتساع العنق

ثم ان بودلوك ذكر اربعة اوضاع للمجيء بالقعدة كما للمجيء بالقدمين ووزعها كما هى هناك وفلامان ذكر ثمانية وقابرون ذكر اربعة كما فى الرأس وينبغى ان نقول ان رخاوة المقعدة ولينها فى النساء الممتعين بقليل من القوى النفسانية والعضلية تزيل اعظم جزء من الحركة الواصلة الى سلسلة الطفل من الرحم التى ينتهى حالها فى الغالب بان تصير عديمة الحركة من نفسها اى خامدة وحينئذ فيخشى حصول خطر اذا تركت الولادة ونفسها وايضا فى الاصناف الثلاثة المقدمة تكون الاعضاء الظاهرة التناسلية من الذكر معرضة للاحتكاك بقوة فى النتو البارز ولذلك لا يندر ان يوجد الصفن مملوءا بكدم اسود ومرضوضا فى المولودين جديدا الذين جاؤا بالمقعدة

ثم ان الاليتين سواء نفذتا من المضيق العلوى باتجاه مستعرض او باتجاه منحرف وسواء كان الظهر الى الامام او الى الخلف يكونان غالبا موضوعتين فى التقعير من الامام الى الخلف وقد يحصل فيهما انتفاخ بسبب ضغطهما على بعضهما

وينتفخ الصفن فى الصبيان ايضا ويحصل فيه ارتشاح

(النوع الاول)

(الوضع العجزى المقدم)

(الصنف الاول)

(الوضع العجزى المقدم الايسر)

يسمى هذا الوضع بالوضع الاول وفيه تدخل الاليتان بكيفية دخول الجداريين فى اوضاع الجمجمة فالالية اليسرى التى تنخفض اولا تأتى وترتكز على العانة اليمنى ثم تنزل الالية اليمنى اى الخلفية وتجتاز جزأ عظيما من التقعير والاولى تدخل بانحراف فى طرف القوس والاخرى تصل على التدريج الى الحافة المقدمة للعجان والحرقفتان متى خرجتا خرج الطرفان السفليان والولادة ترجع الى الوضع الاول القدمى

(الصنف الثانى)

(الوضع العجزى المقدم الايمن)

يسمى بالوضع الثانى فقط فاذا كان ظهر الجنين ملتفتا الى الامام واليمين وجاء الاليتان فى اتجاه القطر المنحرف الايسر فان اليمين منهما هى التى تبتدأ فى النزول وتأتى حتى تستند خلف العانة اليسرى واما اليسرى فتدخل بقوة فى التقعير وهى التى تظهر اولا تحت القرع العانى الايسر حتى ان الالية الخلفية يمكنها ان تنزلق امام الرباط العجزى الحرقفى الايمن او العصعص والعجان ثم يخرجان من الفرج معا وتنتهى الولادة كما فى الوضع الثانى للاقدام

(الصنف الثالث)

(الوضع العجزى المقدم باستقامة)

يسمى بالوضع الثالث فاذا بقى المسطح الظهرى للجذع من الامام دخل الاليتان يقينا بالعرض ويمكن ان يخرجا هكذا من المضيق السفلى ومع ذلك فالاغلب انهما يزوغان قليلا ويأتيان للفرج على خط زاوى كما فى احد الاوضاع السابقة

وضعهما المستعرض فى المضيق السفلى ليس فيه خطر الا قعر يضمهما الصفن للاختناق والرض الشديد فى جزء من العصعص

(النوع الثانى)

(الوضع العجزى الخلفى)

يسمى بالوضع الرابع فالمسطح المقدم للجنين من حيث انه متجه الى الامام فى الاشكال الثلاثة الممكنة للوضع الرابع يكون تعرض الصفن فيه للرض اقل وبسبب ذلك كانت تلك الاشكال انفع من الاوضاع المقدمة وبالاختصار فالاليتان يدخلان حينئذ بالعرض او على خط زاوى بحيث يسببان فى الغالب دوران المنكبين ثم الرأس ويعينان على تحويل هذا الوضع الى الوضع المقدم والى هنا تم مبحث الاوضاع اى الاشكال التى يأتى بها الجنين للفوهات وقد ذكرنا فى الاوضاع جنسان احدهما فى الوضع الطبيعى والثانى فى الاوضاع الغير الطبيعية وهما فى الحقيقة فصلان من فصول الباب فلنعتبرهما كذلك ونعنون عن ما يأتى بالفصل الثالث ونقول

(الفصل الثالث)

(فى وظائف القابلة فى الولادة السهلة اى التى تحصل من ذاتها)

اذا نودى الطبيب المولد لامرأة تظن ان معها طلقا فلا يخلوا اما ان يكون واثقا بحالتها من زمن طويل واما ان لا يكون بينه وبينها معرفة سابقة ففى الحالة الاولى عليه ان يبحث ليعرف هل ابتدأ معها الطلق يقينا اولا وفى الحالة الثانية كثيرا ما يلزم استفصال الحالة بلطف بأن يبتدأ معها بموضوع من المخاطبات الواهية التى تعرفها جميع الناس حتى يتوصل الى الموضوع الاصلى له فيسأل عن الحمل والاعراض التى تصحبه وهل هذا اول حمل للمرأة او وقع لها قبل ذلك ثم يبحث عن حالة صحتها الاعتيادية والامراض التى سبقت لها

(المبحث الاول)

(فى التشخيص)

يسهل عند الناس ان يعرف هل مع المرأة طلق ام لا ففى اول ولادة للمرأة حيث

لامشابه بينها وبين غيرها حينئذ كثيرا ما يقع الخطأ فيما يحصل لها بل قد يقع الغلط احيانا فى الولادة الثانية او الثالثة او الرابعة فطالما حصل الجزم بالطلق الحقيقى ثم انقطع ولم يأت الابعد شهر او ستة اسابيع وطالما مكثت المرأة على سرير الولادة حتى بين يدى الحكيم ايضا ثم تحقق ان حملها لم يتم الابعد جملة شهور فقد وقع ان امرأة فى تاسع حملها احست باوجاع فظنت ان الحمل انتهى وتوالت عليها جملة من القوابل فقال احدهم ان القرن قد تكون وظن الآخر ان الرأس دخل فى العنق والثالث لم يجد عنق الرحم والرابع قال لابد من وضع جفت الولادة قال المؤلف فنودى لى فى اليوم الخامس فوجدت العنق كما يكون فى السابع من الولادة ووجدت الرحم منحرفة انحرافا اماميا فأكدت ان الطلق لم يبتدأ الى الآن وانه لا يبتدأ الابعد شهر فوضعت لها حزاما عريضا حول البطن ثم بعد شهر جاءنى تلميذ كان مباشر المرأة فقال لى ان العنق اتسع وان الولادة قاربت الحصول فبحثت فى المرأة فوجدت ان الطلق لم يبتدأ ولم تحصل الولادة الابعد ذلك بشهر فمن المهم فى هذا الباب الحذر من اسباب الغلط وهذا اسهل على من عنده بعض معارف فى علم الولادة

(المطلب الاول)

(فى الاوجاع)

اوجاع الولادة المسماة بالاوجاع الصادقة متقطعة منفصلة عن بعضها بفترات وتأخذ فى قصر المدة وتزايد الشدة تدريجا وتعود فى ازمنة منتظمة ولا يصحبها حساسية فى البطن اى آلام ولا حرارة فى الجلد ولا حمى وتذهب من حوالى السرة وتنتهى فى الحوض او الخاصرتين

واما الاوجاع الغريبة عن الولادة وتسمى بالاوجاع الكاذبة فهى مبهمة غير منتظمة فتارة تكون زائدة الحدة وتارة خفيفتها ولا تنقطع بالكلية وتزيد بالضغط ويصحبها فى الغالب حمى او تكدر فى بعض الوظائف وتعلن باصابة المعدة او الامعاء او الكبد او الرئتين او المثانة او غير ذلك من الاعضاء المحوية فى البطن ونحوها كاذبة لانها غريبة بالكلية عن الولادة وتظهر فى الحبالى كما فى غيرهم

وكما فى الذكور ايضا فلا تشتبه بالاوجاع الصادقة التى تنشأ من انقباضات الرحم الا على عديم التأمل

ولنذكر لك حالة يصير فيها تمييز هذه الاوجاع عن بعضها عسرا والسهو فيها خطرا وهى ان يظهر التهاب فيما حوالى الرحم بل اوفى الرحم نفسها اوفى المثانة اوفى المستقيم اونحو ذلك وقت ظهور الطلق وتسير اوجاع الولادة زمن سير اوجاع الامراض وهذه الحالة ربما غلط فيها اعظم المهرة من القوابل اذا حكم بمقتضى الاوجاع فقط غيران عندنا وسائط اخر لتأكيد وجود الطلق وذلك ان اليد اذا وضعت مدة شدة الاوجاع على الخثلة واحست بتيبس الرحم وانضمامها لبعضها واستدارتها حكم بان الولادة آخذة فى الحصول وفى هذه الحالة يصح ان يوجد الوجع الحقيقى وحده كما يصح ان يجتمع مع الوجع الكاذب فاذا وجدت الرحم غير متحركة وعديمة الفعل وغير مرتبطة بصياح المرأة جاز ان يؤكد ان الطلق لم يبتدأ الى الآن

(المطلب الثانى)
(فى حالة العنق)

الجس هو الواسطة العظمى لمعرفة الطلق ولا يخاف معه من الخطا فما دام العنق غير ممحو وحافظا لبعض خطوط من طوله بحيث كان كقناة جاز ان يحكم عموما بان المرأة لم تبلغ اوان الولادة وانما ينبغى الحذر من ان يؤخذ بدل العنق شفتا بوز طنشيا وان يتذكر ان هذا العنق يكون فى اللاتى ولدن كثيرا زائد اللين والعرض قبل تمام الحمل بايام بل باسابيع فالفوهة فى هؤلاء النساء كثيرا ما تكون حوية اوحافة فى سمك خطوط زمن ابتداء الاوجاع فاذا كانت هذه اول ولادة ووجد العنق على شكل حدبة مثقوبة من مركزها جاز ان يؤكد انه لم توجد الى الآن انقباضات رحمية بخلاف ما اذا كان رقيقا كدائرة حادة فان وقت الولادة يكون قد حان بالضرورة اولم يلبث الطلق قليلا حتى يحصل بعد بعض ايام * واذا اريد زيادة التأكيد لمست المرأة مدة الالم فاذا عرف بالاصبع ان الاغشية متوترة وانها تريد الدخول فى العنق الذى استرق استرخاؤه

محسوسا او صار يضيق ثم ينفتح نصف انفتاح ثم يرجع بعد ذلك لحالته الاولى كان هذا الزيادة تأكيد بظهور الطلق فان لم يشاهد شيء من ذلك جاز ان يحكم بان وقت الولادة لم يجئ الى الآن

(المطلب الثالث)
(فى الطلق الكاذب)

لا ينبغى لنا ترك هذا المبحث بدون ان ننبه على خصوصية اى حالة فى التشخيص غير معروفة معرفة كافية ويمكن ان يخطئ فيها صغار الممارسين وذلك ان المتأخرين من المولدين والقوابل عدوا من الامور المنكرة او الغير المتقنة مشاهدات كثيرة كأنها تثبت ان الطلق يمكن ان يبتدأ وان انقباضات الرحم قد تأتى وتسير بكيفية واضحة وانها بعد وجودها ومكثها مدة ساعات قد تنقطع بحيث لا تنتهى الولادة الا بعد شهر او شهرين وان هذه الامور الخارجة عن العادة تحصل على الخصوص فى المواليد المتأخرة وكأنها دليل للحمل على الحبل وزعموا ان هذه الحركات الغير القادرة على الدفع تدل على الانتهاء الطبيعى للحمل وان الزمن الذى بين انقطاعها والطلق الحقيقى قد يكون اكثر من تسعة اشهر * قال المؤلف اما انا فقد تحقق عندى ان هذا الطلق الغير التام المسمى بالطلق الكاذب ليس امرا تخيليا فقد دعيت مرة لحامل فى حملها الثانى وكان معها آلام قبل مجيئى لها باربع ساعات وكانت تلك الاوجاع منتظمة ضعيفة منفصلة عن بعضها بفترات طويلة والعنق رخوا واسعا بحيث يمكن ان يدخل فيه ثلاثة اصابع غير انه لم يمح اثره بالكلية ورأيت ان طرف البذرة ابتدأ فى ان يدخل فى العنق وعند ما يجيء الوجع تأتى الاغشية لاعلى المهبل وتصير ملسا متوترة واستشعرت مع ذلك فى قصبة الرحم وجسمها بتيبس وانقباض فيه بعض شدة فمكثت معها حتى بقى على نصف الليل نحو ساعتين فقلت ان الطلق لا ينتهى الا بعد جملة ساعات فرجعت الى منزلى وقلت لمن حولها اذا سالت المياه فاخبرونى فانتظرت فلم يرجع على احد لا فى اليوم الثانى ولا التالى له فظننت انهم نادوا طبيبا غيرى ثم بعد ستة اسابيع نادوا الى

من جديد فتحجبت لظني ان الولادة تمت قبل ذلك بزمن طويل ففي هذه المرة استدامت الظاهرات وتمت الولادة وعند المولدين امثلة كثيرة من هذا القبيل

(المبحث الثاني)
(في تعيين الشكل اي وضع الجنين)

متى تحقق الطلق ينبغي ان يبحث عن الشكل الذي جاء به الجنين

(المطلب الاول)
(في تحقيق الوضع بالقمة)

يسهل عموما معرفة القمة بشكلها المستدير المنتظم واليافوخ الخلفي والحدبة القمحدوية واليافوخ المقدم وبالدروز الثلاثة السهمي والمستعرض واللامي والحدبتين الجداريتين فبعد دخول الرأس بمدة اي نزوله يتكون من الاغشية احيانا ورم يكون عظيم الحجم من رأسه وقد يكون احيانا طويلا بحيث يحتاج لبعض اعتياد على الممارسة حتى لا ينكر وقد يكون في كثير من الاحوال متحركا ومرتفعا الى اعلى بحيث يعسر تمييزه عن غيره من الاجزاء وما دام القرن غير منفجر لم يصح البحث عنه الا في الفترات الفاصلة بين الانقباضات وبدون ذلك تعرض تلك الاغشية للتمزق قبل اوان ذلك فاذن يكون احسن الاوقات للحكم بمجيء الجنين هو وقت سيلان الماء فيجس حينئذ جزء كبير من الجزء البيضاوي العلوي للرأس حيث لم يكن هناك زمن للاغشية تنتفخ فيه

ثم في اصناف الوضع القمحدوي المقدم يكون اليافوخ الخلفي قريبا الى نصف الدائرة العانية التي للحوض فيكون خلف احد التجويفين الحقيين او ارتفاق العانة بخلاف اليافوخ الجبهي فانه يكون مرتفعا من الخلف وملتفتا للمحل المقابل لذلك من التجويف الحوضي * واما في اصناف الوضع الخلفي فان اليافوخين يكونان مهيئين بعكس ذلك وكل منهما يقرب جدا المركز المضيقين الا ان اليافوخ القمحدوي لا يحاذيه بالضبط ابدا وفي الاوضاع المقدمة كما في الخلفية يكون هذا اليافوخ موضوعا على مسطح سفلي للمسطح المشغول باليافوخ المقدم

ولاجل

ولا يجهل تمييز اصناف القمة عن بعضها تمييزا تاما ينبغى البحث عن الدروز فانه اذا انضحت معرفة اتجاه هذه الخطوط للمعارف التى تؤخذ من الوضع المخصوص لليوافيخ سهل عادة تمييز الاصناف المقدمة عن الاصناف الخلفية وان يميز كل فرد منها بالصفات التى تميزه عن غيره * فى الوضع القمحدوى الحقى الايسر يجد الاصبع بذهابه من اليافوخ الخلفى اولا من الامام الفرع الايمن من الدرز اللامى * وثانيا من الخلف الفرع الايسر من الدرز المذكور وثالثا على اليمين الدرز السهمى المرتفع قليلا من الجهة اليسرى * ورابعا ابعد عن ذلك واعلى فى الجهة المذكورة اليافوخ المقدم مع الفروع الاربعة الدرزية التى تذهب منه

واما الوضع القمحدوى الحقى الايمن فيلزم ان يوجد فيه الفرع الايسر للدرز اللامى من الامام ثم فرعه الايمن فى جهة الارتفاق العجزى الحرقفى الايمن ثم الدرز اللامى المتجه من اليمين الى اليسار والمرتفع قليلا الى الخلف اعلى الحدبة الجدارية المقدمة ثم اليافوخ المقدم من اليسار والخلف مع الدرز الجبهى الجدارى الموضوع بانحراف من اليسار الى اليمين ومن الامام الى الخلف

واما فى الوضع الرابع فيفتش على اليافوخ الخلفى من الخلف واليمين ومن هنالك يتبع الدرز السهمى من اليسار والامام حيث يلزم ان يوجد اليافوخ المقدم الاقل ارتفاعا منه فى الاوضاع المقدمة واما الدرز الجبهى فيأخذ المحل الذى يشغله الدرز اللامى فى الوضع الاول

واما الوضع الخامس فلا يختلف عن السابق الا فى انه يلزم ان يفتش من الخلف واليسار على الاجزآء التى تكون هنالك من الخلف واليمين ثم من الامام واليمين على الاجزآء التى توجد هنالك من الامام واليسار

(المطلب الثانى)

(فى تحقيق المجىء بالوجه)

يميز الوجه عن غيره بحيث يحقق من اول وهلة بجبهته مع انهم غلطوا فى ذلك كثيرا فالذى قد يظن انها المرفق او المنكب او العقب او الركبة والقمر انه الشرج

والانف انه اعضاء التناسل والخد ان انهما الجبيتان وقد وقع فى هذا الغلط كثير من المعلمين والقوابل ولنذكر من ذلك نادرة حصلت من احد معلمى الولادة بمدرسة باريس وذلك انه لمس امرأة معها طلق وظن انه وجد الوجه واكد ذلك للتلامذة وصمم على ذلك وفاوحهم بان مثل هذا الوضع لا يمكن بوجه من الوجوه اشتباهه بالمجيء بالمقعدة ولم يدرك ان اصبعه كان مغطى بالعقى وانه هو الذى كذبه تجاه اعينهم بحيث لم يقدروا على منع انفسهم من القهقهة عليه حتى كادوا ان يهلكوا من الضحك وسهولة الخطأ انما تكون خصوصا اذا مضى زمن حصل فيه للاجزاء الرخوة من الوجه ورم وانتفاخ سيما اذا رسخ فى الذهن وجدان هذا الوضع فلم يشتغل الا باثبات العلامات المؤيدة له مع انه بادنى تأمل يسهل الوصول فى معظم الاحوال لمعرفة الوجه متى كان المجيء به وللمسه عاريا بعد تمزق الاغشية والصفات القاطعة لاوضاع الوجه هى وجدان الاعين والاجفان والانف والشفتين والاسناخ واللسان والذقن والاذنين

(المطلب الثالث)

(فى تحقيق المجيء بالحوض)

القدمان لا يمكن ان تخطئ القابلة فيهما فالعقب وان كان فيه مشابهة للمرفق والاذنان للاصابع الا ان فرق الطول فى الاصابع معلوم كشكل الكعبين والساقين فالاشتباه هنا يعد من الاهمال وعدم الانتباه

والركبتان قد تؤخذان على انهما المرفقان او المنكبان وان كان بعضها اكثر استدارة من غيره وبعضها اكبر حجما لكن الذى يدفع ذلك ويؤكد انهما الركبتان هو ان المرفقين كالمنكبين لا يجيئان معا اصلا فاذا وجد فى المضيق فى آن واحد نتوان كبيران كانا هما الركبتان يقينا ولما كان الغالب ان تكون الركبة الواحدة مصحوبة بقدم او اقله بالية سهل ان يتحقق بذلك ان المحسوس جزء من الطرف السفلى لا من الطرف الصدرى ومع ذلك هنالك حالة يغش فيها الشخص وهى ان يوجد فى آن واحد ركبة ومرفق ولكن ماعدا ندرة هذا الاتفاق اذا

تعمق بالاصبع الى الداخل يشاهد ان هذين الجزئين بدل ان يقربا لاصولهما يأخذان فى البعد شيأ فشيأ

واما الاليتان فهما اللتان يقع الخطأ فيهما فانهما اذا تعسرتا وذهما من العنق او المضيق انتفختا كما يحصل ذلك فى قمة الجمجمة وربما ظن ان الميزاب الفاصل بينهما هو الدرز السهمى وان العصعص والخلو الذى امامه او على جانبه هما الزاوية القمحدوية واليافوخ المقدم والدرز اللامى وان الجبتين هما الحدبتان الجداريتان غيران تحرك رأس العصعص وسمك الاغشية او التصاقها او عدم تحركها ووجود الشرج واعضاء التناسل واصل الاطراف وغيرذلك جميع ذلك يوصل القابلة الى الحقيقة اذازاغت عن الحق والشرج واعضاء التناسل قد يظن منهما وضع الوجه اذالم يتذكران الفم المحدود بالشفتين السميكتين يحتوى على جسم مخروطى الشكل متحرك لحى وهو اللسان وان الاصبع لو كان فى المعاء لخرج مغطى بالعقى

وهناك امر يقع فيه الخطأ ايضا واهمله المؤلفون وذكره المؤلف فقال اتفق انى نوديت لاتمم ولادة خارجة عن الطبيعة وظننت انى وقفت بالجس على القدمين والاليتين والعصعص والشرج غيران اصبعى دخل فى فتحة محدودة بشفتين سميكتين استشعرت فى عمقها بحدبة مشابهة للسان فاختبلت من انضمام هذه العلامات وظننت ان هذا الجنين مشوه التكون ثم ذهبت باليد فى العمق فوصلت الى القدمين وتقدم لى بسرعة مخرج الحرقفتين وازال ما عندى من الشك فكان ما ظننته الفم هو المهبل والذى ظننته اللسان هو عنق الرحم الذى يكون فى هذا السن زائد البروز ولكن لاجل الحذر من الوقوع فى مثل هذا الخطا ينبغى ان يتذكر ان الفم مفتوح من الخلف ليتصل بالبلعوم واما المهبل فينتهى بحاجز مسدود يوجد فى عمقه بوزطفشيا الذى يكون على شكل حدبة اكثر استدارة واقل طولا وتحركا من اللسان

(المطلب الرابع)
(فى البحث من الظاهر)

البحث من الظاهر نافع لمعرفة الحمل وربما اعان على تعيين الاشكال اى الاوضاع فى زمن الطلق ومثل ذلك ايضا حركات الجنين التى تستشعر بها المرأة ففى جميع اوضاع الجمجمة يظهر ان الخثلة ضيقة قليلا فى دائر المضيق وقعر الرحم يبدى ارتفاعات وانخفاضات يسهل تغيير اوضاعها اى يكون غير مستو وعدم الاحديداب من الامام او من الجانب قليلا يدل على السطح الظهرى للجنين وعلى الاوضاع القمحدوية المقدمة فاذا كان عدم التساوى الذى فى قعر الرحم فى الجهة اليمنى واحست المرأة بحركات الجنين فى تلك الجهة ايضا صح ان يستنتج ان ذلك هو الوضع الاول فان كان ذلك فى الجهة اليسرى كان ذلك الوضع الثانى ومثل ذلك ايضا يكون للرابع والخامس لان الرأس حينئذ يكون وحده ملتفتا الى الخلف واما الظهر فيكاد ان لا يغير مجاورته وهذا اوضح لنا بعض ايضاح لاى شئ ينتهى حال القمحدوة حينئذ غالبا بان تذهب الى الامام لتخرج من المضيق السفلى فان كان ظهر الجنين ملتفتا الى الخلف استشعر فى الخثلة بمرتفعات كثيرة آتية من الرحم وتظهر الحركات كانها اكثر سطحية واكثر هبوطا الى الاسفل مما فى الاوضاع المقدمة وقد يغلب على الظن وجود الوضع الوجهى اذا ضم للعلامات السابقة وجود انتفاخ مستدير صلب منتظم كانه مقلوب على حوافى الحوض

وفى اوضاع الحوض تشكو المرأة غالبا بانها لا تحس بحركة اصلا او تقول ان جنينها يتحرك من اسفل ويسهل معرفة الرأس فى جهة السرة بحجمه واستدارته وانتظامه

والاوضاع المستعرضة السفلى تميز بانخفاض البطن على الخط المتوسط وبالارتفاعات وعدم التساوى التى توجد فى الخثلة نحو الجانبين وبالحركات التى تحس بها المرأة من الاسفل جدا على اليسار او اليمين اكثر منها جهة الاعلى وفى القسم المتوسط

(المبحث الثالث)

(فى الانذار)

متى عرف التشخيص احتيج للبحث فى ان انتهاء الولادة هل هو سريع او بطيء لان مدة الولادة تختلف باختلاف احوال كثيرة وقد تحصل الولادة احيانا على غفلة وبالجملة لا يمكن تحديد زمنها ولا لاعظم ماهر فى الصناعة لا تأكيدا ولا تقريبا فانه اولا يلزم ان يعرف من الابتداء نسبة اقطار الجنين لاقطار الحوض وقوة انقباضات الرحم والكيفية التى بها تتوالى الاوجاع * وثانيا يلزم ان يؤكد هل عاق سير الطلق نزيف او تشنجات او خروج الحبل قبل اوان خروجه او غير ذلك من العوارض اولم يعقه شئ وان الوضع الاليق لا يتحول الى وضع غير اعتيادى وان القرن ينفتح فى زمن كذا لا فى غيره وهل تعرض اولا تعرض مقاومة تشنجية فى العنق وغير ذلك مما لا يتيسر الوقوف عليه من قبل ولا يتجاسر على الاخبار به الا الكذابون

وها هو ما يسوغ لنا ان نذكره بكيفية عامة وهو انه اذا جاء الطفل بوضع جيد ولم يكن الحوض ضيقا ولا ردى التكون وكانت اعضاء التناسل سليمة جيدة الحال وعنق الرحم رخوا زائد الاتساع والاوجاع متتابعة منتظمة متزايدة القوة بدون فتور والمرأة زائدة الشجاعة وجيدة البنية فان انتهاء الطلق يكون سريعا جيدا واذا كانت هذه اول ولادة للمرأة كان الانتهاء اقل سرعة مما سبق ويكون اكثر سرعة اذا سبق لها الولادة ويكون اكثر من ذلك جدا اذا كان الحوض مفرطا فى الاتساع بخلاف ما اذا كان وضع الجنين غير تام اى لم يكن زائد الرداءة او كان حجمه زائدا اولم يكن القرن عريضا ولا مستديرا وانما كان مستطيلا غير منتظم او كان فى الحوض ضيق او كانت اقطاره قليلة الانحراف او زائدته او كان العنق متصلبا او فيه اثر التحام او كانت انقباضات الرحم ضعيفة غير منتظمة وكانت المرأة رقيقة المزاج او عصبية او لينفاوية ففى تلك الاحوال يخشى طول الولادة وربما صارت اسعافات الصناعة لازمة ويصح ان يحكم ايضا على مدة الطلق الموجود بمقتضى مدد الولادات السابقة وخصوصا بما ينتج من كل حركة شاقة فى اتساع العنق وسير الجنين حال نفوذه من الحوض فاذا تبعت جميع الظواهر انتظامها الطبيعى جاز ان يعين

مقدار الزمن الباقى لتألم المرأة اذا تأملنا فى الزمن الماضى من ابتداء الاوجاع الاول فاذا لزم ساعتان او ثلاث مثلا حتى يصير العنق فى اتساع الريال الفرانسا كان من القريب للعقل عدم الاحتياج للزيادة حتى ينتهى اندفاع الجنين وصغر السن ليس دائما خطرا للولادة ومازعمه دائمان من ان السمر والشقر يكن موضوعا للولادة الشاقة اكثر من غيرهن مردود بانه كثيرا ماشوهد العكس ايضا

(الفصل الرابع)

(فى الاحتراسات التى يستدعيها الطلق)

حيث كانت الولادة التى تحصل من ذاتها وظيفة طبيعية لامرضا لزم من ذلك ان لا تحتاج النساء اللواتى دخلن فى الطلق لشئ من الاسعافات زعم ذلك بعض الاطباء وقالوا ان الحمل فى الحيوانات يحصل بدون عايق والولادة تحصل بدون تألم غالبا وان نساء البلاد الغير المتمدنة يلدن حيث مايكن ويرجعن عقب ذلك حالا لاشغالهن الاعتياديه اويدمن على سيرهن اذا كن مسافرات وان بعض سكان الاميرقة ينغمسن فى الماء البارد عقب خروج الجنين حالا منهن ويرجعن لا عمالهن الاعتياديه وان الولادة عند نساء القرى معدودة كلاشئ مع انهن فى الغالب يلدن اولادا اقوياء فى غاية السلامة غيران ذلك كله لايدل على انه يلزم ان تترك النساء وانفسهن بالكلية مدة الولادة وان الحيوانات لا تحتاج الى اعانة اصلا لكونها لا يصحب ولادتها ولا يعقبها عوارض خطرة مع ان الخنازير والجواميس والافراس ونحوها تكن فى الغالب مرضى اذا وضعن اولادهن واهل القرى لا يجهلون فيهن ذلك وبعض النساء يخفين حملهن بسبب ما ويردن ان يخلصن منه سرا ويبدون ان يأخذن ادنى احتراس فرارا من حصول مايغم خاطرهن على حسب ظنهن وينتج من ذلك ان بقية النساء تقلدهن بدون خوف من تعرضهن لاخطار قريبة الوقوع فاذا كانت صحة بعضهن غير متكدرة با لآم شاقة فبعض اخر منهن يهلك بسبب مجازفته وجسارته فاعمال القابلة ليس القصد منها تنزيلها منزلة الطبيعة وانما يلزم ان يكون

مع المرأة احد يوجههما لما يناسبها ويلاحظ العوارض التي ربما تعرض لها وبعما بجهلها اذا حصلت فدعوى ان الولادة من ذاتها لا تستدعي استعانة قط مردودة ومع ذلك فالاحتراسات اللازمة تختلف على حسب كون الولادة طبيعية اوسهلة اومنتظمة اومصحوبة بعوارض خفيفة اوشاقة اوغير منتظمة

(المبحث الاول)

(في الاحتراسات اللازمة للمرأة)

(المطلب الاول)

(في الاحتراسات الصحية)

فاولا تشتغل القابلة باتقان الغرفة التي تحصل فيها الولادة واتقان ما يتعلق بها ففي المدن الكبيرة تختار غرفة في الدور الاخير اوفي محل اكثرهدوا واطيب هوآء ولا بأس ان تكون تلك الغرفة واسعة كثيرة النور يسهل تنوع درجة حرارتها لان الحرارة الزائدة الارتفاع تعين على تعريق الجلد والاحتقانات المخية والتشنجات والتهوع والغثيان وانواع النزيف المعرضة لها النساء مدة اعمال الولادة والبرد يؤذيهن ايضا باحساسه المكروه الذي ينتج منه ثقل الحركة الانبساطية للسائلات

وثانيا الروايح لا تخلو دائما عن الخطر حتى اللذيذة منها لان قابلية التهيج تزيد غالبا مدة الولادة فتتأثر الحواس جدا والروايح العطرية لا يحسن تحملها كغيرها من الروايح الكريهة * قال المؤلف رأيت امرأة غشي عليها وحصل لها تشنجات بسبب دخولها في غرفة فيها شيء من الفاغية اي الحنا قال واعرف اخرى يحصل لها اغماء اذا قرب لها ورد رطب وان كانت غير حامل انتهى ومن النساء من يحصل لهن تعب وثقل عظيم من وضع حبة مسك في دولاب في غرفتها

ثالثا تدبير الغذاء يستدعي من القوابل غاية الاحتراس فبالنظر لذلك ينبغي الانتباه لمدة التألم ومزاج المرأة واعتيادها فاذا ظهر ان تمام الولادة انما يبلغ من اربع ساعات الى ست كانت جميع الاغذية حينئذ مضرة لثقلها في المعدة

التي وقف استعدادها للهضم اما اذا كان الطلق بطيئا جاز ان يعطى لها
لامراق والشوربات الخفيفة وتمنع عنها القهوة والشكولا التي تستعملها المدن
الكبيرة والخبز والثمار والبقول وانواع اللحوم وهذا في الغالب فلا ينافي
ان المرأة الجيدة الصحة وان كانت ضعيفة اذا كانت اعضاء الهضم فيها سليمة
يصح ان يسمح لها من غير خطر بل بمنفعة ايضا بان تتعاطى في ابتداء الطلق
الشكولا والقهوة الاوربية سيما اذا اعتادت على ذلك زمنا طويلا ومن ذلك
ما يشاهد في سكان القرى الاقوياء واهل الاشغال من كونهن يأكلن المحمرات
حينئذ بدون حصول خطر لهن فينبغي مراعاة ذلك لان الامر بالاغذية
في جميع الاحوال بدون تمييز ربما اعان على حصول ضرر ينبغي التحرس
منه وكثيرا ما تخالف النساء كلام القوابل في ذلك فيوقعن حياتهن في الهلكة
قال المؤلف قد نوديت مرة لامرأة في اول ولادة لها فاخبرتني امها عن نفسها
انها ولدت ثلاث عشرة ولادة وانها ما من مرة الا وتشرب زجاجة نبيذ وتأكل
قطعة كباب محمرة كبيرة او قطعتين مدة الولادة او بعدها حالا وارادت ان تعامل
بنتها بذلك فمنعتها من ذلك فلم اقدر ونفذت مرادها فكان ثمرة ذلك فقد
حياة بنتها

رابعا المشروبات * اذا لم تجاوز مدة الطلق حدودها الاعتيادية فالمرأة هي التي
تستشعر اولا بانه لا يلزم لها لا كل وان المأكل تؤذيها بخلاف الاشربة
فان افراط الحرارة التي تظهر عند الاوجاع العظيمة تجفف بنيتها وتستدعي
استعمال السائلات من الباطن والمناسب لها من ذلك كثير فيصح ان يعطى
لها ما تيسر اعطاؤه من نقوع زهر الخبازا او الخطمية او الزيزفون او البنفسج
او الخشخاش البري او لسان الثور ومن مغلي الشعير او النجيل او عرق السوس
او نحو ذلك خالصا او محلى بشراب السكر او الصمغ او العسل او كزبرة البير او الكرنب
او الخطمية او غير ذلك من المغليات التي تخطر بالبال بشرط ان لا يكون لها
تأثير منبه واضح وان لا تكون حمضية لان الذي تطلبه الاعضاء هنا هو الماء
لا الادوية فالليمونات والمشروبات الحمضية وان كانت تناسب هنا وانفع

من غيرها الا ان المعدة تحملها اسوء تحمل لانها تزيد فى تحويل ما يعطى لها الى الحمضية والماء النبيذى يفعل مثل هذا العمل والغالب ان غير هذه المغليات يقل دفعه للعطش ولكن اذا لم يقبل للذوق مغلى الشعير او النجيل او العرقسوس الذى يرطب كثيرا فلا بأس باستعمال الماء الخالص المبرد وانما يعدل ببعض نقط من ماء زهر البرتقان او من شراب الكرز بكمية قليلة

واصاغر الناس وسكان القرى بالاوربا يستعملون النبيذ الحار والنبيذ السكرى والكباب بقصد حفظ القوى ويستعملون مركبات كثيرة منبهة ليقوون بذلك الطلق وهذه الوسائط تلهب الاعضاء التى فيها قبل ذلك تهيج وتكدر جميع الوظائف وتحدث احيانا حمى يعسر تسكينها وكثيرا ما تفقد حياة المرأة فقد اتفق ان القابلة الماهرة ملويل نوديت فى ليلة لامرأة وكانت ظاهرات الولادة فيها متوالية منتظمة ولم تقدر هذه القابلة على منع المرأة من شرب النبيذ الحار فعرض لها بسبب ذلك نزيف فشربت من ذلك النبيذ كمية اخرى فزاد سيلان الدم فاستعملته مرة ثالثة بقصد معارضة الاغماء الذى حصل لها من كثرة سيلان الدم فاندفع الجنين واعقبه حالا فقد حياة المرأة * نعم اذا كان مع المرأة ضعف او هبوط حصل لها من امراض قديمة او من مزاجها المخصوص كان من النافع لها استعمال بعض ملاعق من المشروبات المنبهة

خامسا التبرز والتبول يستدعيان انتباه الطبيب فان الامساك الذى هو الغالب زمن الحمل يستدعى عدم نشاط المستقيم قرب الولادة فالمواد التى تملأه لا تتعب انزلاق الرأس وانما تهيج العضلة العاصرة والغشاء المخاطى المجاور للشرج فتتولد شدة التغنى وتعين على ظهور البواسير التى كثيرا ما تشاهد بعد الولادة فاذا لم تطلب المرأة الذهاب لقضاء الحاجة اعطى لها حقنة من مغلى جذور الخطمية او اوراق السلق او بزر الكتان او مجرد الماء الفاتر وفى بعض الاحوال يضطر لاخراج المواد الجامدة من المستقيم بواسطة ملعقة او يد طفل صغير

سادسا * اذا لم يخرج البول قبل دخول الرأس فى المضيق العلوى كان اخراجه

بعد ذلك اعسر فاعسر بسبب الضغط الذى يحصل من الرأس على قعر المثانة ور بما حصل من امساك البول تمدد مؤلم فى المثانة و ينتهى حال المرأة بسبب ما عندها من خوف زيادة آلامها من ذلك بان تضعف قوة دفعها له ويضعف فعل العضلات بسبب وجود المثانة الممتلئة بينها وبين الرحم فاذا فعلت المرأة اعمالا شاقة خشى تمزق المثانة وهو عارض مهول مهلك غالبا بل دائما فينبغى اذن ان تعرض المرأة نفسها على التبول ان كان عندها زمن فاذا لم تكف لذلك الاعمال الشاقة الطبيعية وضع لها القاثاطير وفى تلك الحالة قد يضطر احيانا بسبب قلة طول المجس وقلة تقوسه للاستعانة بمجس الرجال لكن اذا احترس بيد من انقلاب الرحم الى الخلف واجتهد بالاخرى فى دخول الآلة لم يضطر للمجس المسطح الذى اوصى به بعض الانقليزيين ولا للمجس من الصمغ المرن الذى فضله دائمان على غيره ولا للاحتراس الذى ذكره دينيس من جلوس المرأة اولا على ركبتيها الادخال المجس ثم استلقائها على ظهرها

سابعا * زمن الولادة هو الوقت الذى فيه تستدعى الحالة الآدابية للنساء اعظم الانتباه فلذلك ينبغى ان يبعد عنهن حسب الامكان جميع ما يتعبهن ويكرهنه وان يسلم لهن فى جميع ما يوافق مقصودهن ولو فى الامور الغريبة ولا يترك فى الفرقة التى هن فيها الا الاشخاص المحتاج اليهم اى واحد او اثنان من اصحابهن والقابلة والمساعدة لان كثرة الناس ربما تصير الهواء غير نقى او تحدث فيهن حياء وضعفا وتخيلات نفسانية

ثامنا * ملابس المرأة التى فى الطلق كانت سابقا امرا مهما فكان لكل اقليم وكل بلد اصطلاح مخصوص من الفسطانات والاقصة وغيرها والآن هجرت تلك الاصطلاحات القديمة بالكلية وصارت الملابس كلها مختارة الا ما يتعبها ويعطل حركاتها او انقباض عضلاتها او اتمام جميع وظائفها ونهايته انها تكون خفيفة غير شديدة الحرارة ولا شديدة البرودة

(المطلب الثانى)

(فى اضطجاع المرأة التى فى الطلق على سريرها)

اولا سرير الولادة المسمى ايضا بسرير الطلق وبسرير الوجع وبالسرير الصغير وربما سمى بكرسى الولادة يختلف كثيرا فى الشكل بحسب عادة كل قبيلة وبحسب الازمان والحال ومن النساء من لا يريد من ذلك شيأ ويلدن قياما ومرافقهن مستندة على نحو طاولة او صفة او ظهر كرسى او دولاب او غير ذلك او يعلقن بمنكبى من كان حاضرا عندهن ومنهن من يجلس على الركبتين او على الارض او على ركبتى شخص آخر ويثنى الوركين والساقين ويرفعهما والقدماء كانوا يستعملون كراسى مخصوصة بهيئات مخصوصة لها مساند لاجل استناد الذراعين عليها وقوايم لاجل الرجلين ومجلس مثقوب وهذا هو المستعمل فى بلادنا الآن وفى بلاد النيمسا والسويسا وغير مستعمل فى فرانسا وبعد ذلك اخترعت كراسى باشكال كثيرة

والمستعمل منها فى فرانسا سرير مركب من قوايم عليها قماش سميك وهذا السرير متين متوسط العرض وطرفه الذى هو كوسادة له مستند على احد حيطان الغرفة ويوضع بحيث يسهل دوران القابلة حوله من كل جهة ويمد عليه اول طراحة كما تمد على سرير النوم الاعتيادى ثم توضع عليه طراحة ثانية مثنية من طرفها العلوى وتنظم بحيث ان احد طرفيها يخدم لرفع اليتى المرأة واما جزؤها الثنى فيخدم لحفظ الظهر والرأس ويتم الجهاز بقطعة من قماش مشمع وملايات وغير ذلك مما هو معلوم ليتكون للرأس والصدر سطح مائل ويصح ان يقتصر على مخدة ترالى تحت وسط الطراحة الاولى ليرفع بها الحوض فيبقى العجان منكشفا وقد تكتفى طراحة واحدة وبدون وسادة فتثنى على نفسها او يرفع الرأس باى شئ كان ويترك مكشوفا جميع جزء السرير الذى يوجد امام الحوض وتمنع وساخة الملايات بوضع خرق لتقبل السوائل التى تسيل من الفرج

واذا دققنا النظر نجد ان المرأة القوية الجيدة التركيب يمكن ان توضع للولادة بجميع الاوضاع التى تخطر بالبال سواء على كرسى او على الارض او على اى نوع كان من الاسرة وانما القوابل تأمر فى الاحوال التى لا معارض فيها

بعد ذلك اعسر فاعسر بسبب الضغط الذى يحصل من الرأس على قعر المثانة وربما حصل من امسلك البول تمدد مؤلم فى المثانة وينتهى حال المرأة بسبب ما عندها من خوف زيادة آلامها من ذلك بان تضعف قوة دفعها له ويضعف فعل العضلات بسبب وجود المثانة الممتلئة بينها وبين الرحم فاذا فعلت المرأة اعمالا شاقة خشى تمزق المثانة وهو عارض مهول مهلك غالبا بل دائما فينبغى اذن ان تعرض المرأة نفسها على التبول ان كان عندها زمن فاذا لم تكف لذلك الاعمال الشاقة الطبيعية وضع لها القاثاطير وفى تلك الحالة قد يضطر احيانا بسبب قلة طول المجس وقلة تقوسه للاستعانة بمجس الرجال لكن اذا احترس بيد من انقلاب الرحم الى الخلف واجتهد بالاخرى فى دخول الآلة لم يضطر للمجس المسطح الذى اوصى به بعض الانقليزيين ولا للمجس من الصمغ المرن الذى فضله دائما على غيره ولا للاحتراس الذى ذكره دينيس من جلوس المرأة اولا على ركبتيها لادخال المجس ثم استلقائها على ظهرها

سابعا * زمن الولادة هو الوقت الذى فيه تستدعى الحالة الآدابية للنساء اعظم الانتباه فلذلك ينبغى ان يبعد عنهن حسب الامكان جميع ما يتعبهن ويكرهنه وان يسلم لهن فى جميع ما يوافق مقصودهن ولو فى الامور الغريبة ولا يترك فى الفرقة التى هن فيها الا الاشخاص المحتاج اليهم اى واحد او اثنان من اصحابهن والقابلة والمساعدة لان كثرة الناس ربما تصير الهواء غير نقى او تحدث فيهن حياء وضعفا وتخيلات نفسانية

ثامنا * ملابس المرأة التى فى الطلق كانت سابقا امرا مهما فكان لكل اقليم وكل بلد اصطلاح مخصوص من القفطانات والاقمصة وغيرها والآن هجرت تلك الاصطلاحات القديمة بالكلية وصارت الملابس كلها مختارة الا ما يتعبها ويعطل حركاتها وانقباض عضلاتها واتمام جميع وظائفها ونهايته انها تكون خفيفة غير شديدة الحرارة ولا شديدة البرودة

(المطلب الثانى)

(فى اضطجاع المرأة التى فى الطلق على سريرها)

والسرير الصغير
اولاسرير الولادة المسمى ايضا بسرير الطلق وبسرير الوجع وبالسرير الصغير
وربما سمى بكرسى الولادة يختلف كثيرا فى الشكل بحسب عادة كل قبيلة
وبحسب الازمان والحال ومن النساء من لا يريد من ذلك شيأ ويلدن قياما
ومرافقهن مستندة على نحو طاولة او صفة او ظهر كرسى او دولاب او غير
ذلك او يعلقن بمنكبى من كان حاضرا عندهن ومنهن من يجلس على
الركبتين او على الارض او على ركبتى شخص آخر ويثنى الوركين والساقين
ويرفعهما والقدماء كانوا يستعملون كراسى مخصوصة بهيئات مخصوصة لها
مساند لاجل استناد الذراعين عليها وقوايم لاجل الرجلين ومجلس مثقوب
وهذا هو المستعمل فى بلادنا الآن وفى بلاد النيمسا والسويسا وغير مستعمل
فى فرانسا وبعد ذلك اخترعت كراسى باشكال كثيرة
والمستعمل منها فى فرانسا سرير مركب من قوايم عليها قماش سميك
وهذا السرير متين متوسط العرض وطرفه الذى هو كوسادة له مستند
على احد حيطان الغرفة ويوضع بحيث يسهل دوران القابلة حوله من كل جهة
ويمد عليه اول طراحة كما تمد على سرير النوم الاعتيادى ثم توضع عليه طراحة
ثانية مثنية من طرفيها العلوى وتنظم بحيث ان احد طرفيها يخدم لرفع الثنى
المرأة واما جزؤها الثنى فيخدم لحفظ الظهر والرأس ويتم الجهاز بقطعة
من قماش مشمع وملايات وغير ذلك مما هو معلوم ليتكون للرأس وللصدر سطح
مائل ويصح ان يقتصر على مخدة ترلق تحت وسط الطراحة الاولى لترفع بها
الحوض فيبقى العجان منكشفا وقد تكتفى طراحة واحدة بدون وسادة فتثنى
على نفسها او يرفع الرأس باى شئ كان ويترك مكشوفا جميع جزء السرير الذى
يوجد امام الحوض وتمنع وساخة الملايات بوضع خرق لتقبل السوائل
التى تسيل من الفرج
واذا دققنا النظر نجد ان المرأة القوية الجيدة التركيب يمكن ان توضع للولادة
بجميع الاوضاع التى تخطر بالبال سواء على كرسى او على الارض او على
اى نوع كان من الاسرة وانما القوابل تأمر فى الاحوال التى لا محل ضمنها

بتجهيز ما يكون احسن من الاسرة والامر المهم هو ان تكون المرأة مطمئنة بدون تعب ولا ثقل بحيث لا تتضجر من وضعها زمن الاوجاع ولا زمن التغيرات وان لا يعوق تمدد العضرط شئ

ثانيا الزمن الذى يلزم ان توضع المرأة فيه على السرير فاذا كانت الولادة منتظمة والمرأة سليمة من العوارض ولم تلزم مراعاة شئ مما ذكر كان من غير النافع نومها على السرير قبل هتك القرن الا اذا كان ذلك بقصد الراحة من تعب الطلق اما بعد تمام اتساع القرن وسيما اذا نزل الرأس فى التقعير فالاولى ان تنام على سريرها لان ذلك لازم ضرورى فلا بأس ان تمسك نفسها واقفة وتمشى وتتريض مادامت قواها تسمح لها بذلك اذا كانت الاوجاع ضعيفة وتتتابع ببطئ او انهتك القرن قبل اوان انهتاكه او بقى الرأس مرتفعا اعلا المضيق العلوى اولم ينفتح العنق الا بعسر وان كان رخوا متسعا وينبغى ان توضع على السرير من اول الامر اذا كان الحوض واسعا جدا ولم تتمزق الاغشية ولكن اتسع العنق او سار الطلق بسرعة شديدة او كانت المرأة مهددة بنزيف او انحراف رحمى والمناسب فى هذه الحالة الاخيرة وضعها على الجانب المقابل للجانب الذى حصل اليه الانحراف * واما النساء المصابات بزوغان السلسلة او الربو او الاستسقاء الصدرى او البطنى او نحو ذلك من الاستعدادات الغير الاعتيادية فانهن قد يتضررن من وضع انفسهن على السرير وانما يلدن قياما او قعودا او جثيا على ركبهن حذرا من حصول الاختناق لهن

فاذا نامت المرأة على السرير لزم ان تكون فى مدة الاوجاع مستلقية على ظهرها وساقاها وفخذاها منثنية نصف انثناء ورجلاها مستندة على الطراحة او السرير او القضيب المستعرض الذى يكون فى السرير وهذا الوضع طبيعى بحيث ان المرأة تفعله بنفسها فى العادة وترجع اليه اذا زاغت عنه زوغانا وقتيا متى عادلها الوجع وهو لازم خصوصا اذا كانت الرحم مائلة جدا الى الامام واما فى فترات الانقباضات فلا تلزم بوضع مخصوص بل تكون كما تريد سواء على جانب او على آخر وهذا الوضع هو المختار بفرانسا * واما الانقليزيون

والاميرقيون فيضعون المرأة غالبا على جانبها الايسر ودبرها يكون قرب الحافة اليمنى لسريرها والساقان والفخذان منثنية والركبتان متباعدتان عن بعضهما بواسطة وسائد توضع بينهما ومع ذلك فالخطر الذى يحصل فى فرانسا اقل مما يحصل فى بلاد الانقليز فينتج ان الوضع فى فرانسا احسن منه فى بلاد الانقليز ولقد كان الوضع على الظهر مقبولا فى بلاد النيمسا مدة طويلة ثم ابدل الآن بالوضع على الجانب ومن المعلوم ان هذا الوضع الاخير متعب للمرأة وقليل الاعانة على الانقباضات العضلية مدة الاعمال الشاقة

(المطلب الثالث)

(فى وضع القابلة)

تضع القابلة نفسها على الجانب الايمن لسرير الوجع لتلمس وتتبع تقدم الطلق وتحفظ العجان وجميع هذه الاشياء يصح ان تفعل تحت الغطاء لان الذى يباشر ذلك انما هو الاصبع او اليد لا العين ولذا قال ديونس ان ديفورجس كان امهر القوابل فى زمانه مع انه كان اعمى

ولما كان لكل من الارادة والشجاعة دخل عظيم فى سير الولادة كان من المهم معرفة توجيه الاعمال الشاقة من المرأة توجيها مناسبا لا كما تفعل بعض القوابل من امرهن المرأة بالدفع عندما يكون التألم قليل الشدة فيشجعنهن على فعل الاعمال الشاقة ويعشمنهن بخلاص الولادة عن قريب وهذا جهل منهن فما دام العنق غير ممحو والقرن غير متمزق او اقله ان الرأس لم يدخل فى المضيق العلوى لم تكن منفعة الاعمال الشاقة التى تستعمل لتعجيل الولادة الا اضعاف المرأة بحصول النزيف الكثير

اما اذا دخل الجنين فى التقعير واتسع العنق وتمزقت الاغشية فان كلا من الثقل على الدبر والزحير والتعنى يظهر ويولد شهية الدفع ويقهر الانقباضات العضلية على ان تأتى لاعانة الرحم ويزيد ذلك كلما كان الجنين اقرب للاندفاع فالرحم حينئذ هى التى تأمر بالاعمال الشاقة لا المرأة نفسها والقابلة هى التى تعلم المرأة بانه لا ينبغى لها ان تحدث بارادتها اعمالا شاقة متى كانت الانقباضات

الرحمية منتظمة الا اذا ابتدأ الوجع فينبغى اعانته حينئذ بالانقباضات العضلية فعند ذلك ينبغى ان تسند الحوض والرجلين واليدين على السرير اوعلى الاشخاص المعدة لحفظها ومسكها وتدفع بجميع قوتها كما تفعل ذلك فى قضاء حاجتها وعندما يبطل دفع الرحم تمنع الاعمال الشاقة فتؤمر المرأة بالراحة والسكون ولا تقهر العضلات على شئ لانها انما تساعد انقباضات الرحم اذا كانت موجودة

(المطلب الرابع)
(فى الجس زمن الطلق)

الجس يفعل فى ازمنة مختلفة من الطلق لاجل معرفة وضع الجنين ودرجة اتساع العنق والمحل الذى نزل اليه الرأس وفى الحقيقة يكفى تكرار اللمس ثلاث مرات فى جميع سير الولادة مرة فى الابتداء ليتحقق هل فى الرحم انقباضات ام لا خلافا لمنع بعضهم ذلك حينئذ خوفا من تمزق الاغشية ومرة ثانية وقت تمزق الاغشية ليتأكد الوضع بالضبط وثالثة اذا قويت الاوجاع والاعمال الشاقة ليشاهد هل دخلت الاجزاء جيدا فى التقعير ام لا ولكن عموما يمكن بدون خطر فعل هذه العملية كثيرا بشرط ان لا يكون فى الفرج والمهبل حساسية شديدة ولا تهيج واللمس بدون حاجة ربما اقلق المرأة وارتابت منه وبعض الاطباء ذكر انه ينبغى عند وصول الرأس للتقعير وضع اليد كلها فى المهبل ليدفع بها العصعص الى الخلف بقوة ولكن هذه كيفية غير نافعة فان العصعص صار جزأ من الاربطة الجيبية ومن العجان وهو يندفع بالرأس او باجزاء الجنين اعظم وانفع من اندفاعه بيد القابلة فاذا لزم احيانا ادخال جملة اصابع فى المهبل لمساعدة اتساع الاجزاء وذلك عندما يكون فى بعض القناة الفرجية الرحمية بعض تيبس وتهيج فلا بأس ان تدهن بمادة لعابية او بمراهم ملطفة كمرهم جالينوس لا بزيت وان ذكره بعضهم واذا دخلت اليد فى الفرج سببت فى العادة ما هو جيد للمرأة وهو زحير يقوى افعالها العضلية وانقباضاتها الرحمية

ثم اذا دخل الرأس فى المضيق بل ومر فى التقعير فاندفع العنق امامه حتى صار على هيئة حوية كان لا بأس بحفظ هذه الدائرة بطرف اصبع او اصابع مدة الوجع كذا قيل لكن اذا لم يكن الاجتهاد فى قهر هذه المقاومة بالصناعة دائما خطرا فلا اقل من ان يكون غير نافع فيكون من الاعمال الرديئة ما اوصى به بوزظون من ادخال اليد كما فى المهبل بقصد حفظ العنق عندما ينكسر القرن

(المطلب الخامس)

(فى اسناد العجان)

اذا علمت شكل الحوض واتجاه محاوره سهل عليك معرفة ان الحاجز العجانى المتصل بالجدار العجزى العصعصى يلزم ان يتوتر جدا ويخشى حصول خطر التمزق له عندما يمر الرأس من المضيق السفلى فلذلك امر جميع القوابل بوسائط حذرا من حصول هذا العارض فبعضهم رأى انه يكفى ان يدفع العصعص الى الخلف او يوضع اصبعان بين الرأس والعجان اذا وصلت القمحدوة الى الفرج وبعضهم قال انه يوصل لتلك الغاية بصفيحة عريضة من القيطس والآن اكتفوا بوضع اليد من الظاهر لكن لما كان الغالب تمزق هذا العجان جزم الآخرون من الجراحين بان حفظه باى كيفية كانت غير نافع بالكلية وقد اعرض بعض التيم او بين شق العجان وقال انه اولى من ان يترك للتمزق واستنكر المعظم * قال المؤلف ولا اقول بذلك لان شفاء التمزق اسهل من شفاء الشق المصنوع بالشرط

ومهما كان فالذى تستدعيه التجربة والتعقل هو ما سيذكر وهو ان توضع اليد عارية او مستورة بخرقة بالعرض بحيث تكون حافتها الزندية اى الخنصرية محاذية لطرف العصعص وتكون حافتها الكعبرية اى الابهامية امام الجمع المقدم للعجان ويكون مأوى الاطراف السائبة للاصابع بين الشفر الكبير والفخذ من جانب او يمتد بها الى الالية واما المرتفع الراحى المسمى بضرة الابهام والابهام فيكونان بين الشفر الآخر والفخذ من الجانب المقابل فبذلك يصير المسطح الذى يلزم ان يجتازه الرأس على الاجزاء الرخوة فى خروجه من الحوض صلبا

متينا فاليد هنالك تكون بمنزلة امتداد من الوجه المقعر الذى للعجز والعصعص ليقهر الرأس على مجاورة محور الفرج والاستناد الذى يفعل حينئذ يكون من الخلف الى الامام ومن العصعص الى الفرج لا العكس ولا الجوانب فبذلك ترتفع القمحدوة نحو العانة بدون ان تمنع عن النزول والوقت المهم لذلك العمل انما هو عندما يبتدأ الرأس فى ان يمدد الفرج بقوة واما قبل ذلك فلا منفعة لهذه العملية

ولو ثنيت الاصابع قليلا كما اوصى بذلك بعضهم لتهتدى بها الاجزاء الرخوة نحو الخط المتوسط صارت اليد مقعرة جدا ولا تحفظ الرأس حفظا كافيا وربما يحصل من ذلك ما ينبغى الاحتراس منه فاذا وضعت اليد منبطحة عمودية كما اوصى بذلك آخرون وجعلت اصابعها نحو العصعص وقبضتها نحو الفرج لم يحصل المقصود ايضا لان الاعمال التى تعمل حينئذ تتجه بسهولة الى الامام اكثر من اتجاهها الى الخلف مع ان المراد العكس ولاجل التحرس من التمزق قبل حصوله يصح كما قال فلامان ان يمسك جلد الاليتين او الجزء الخلفى للحوض باليدين معا ليقرب حسب الامكان الى الامام والمناسب بل المهم ايضا عندما تجاوز الحدبتان الجداريتان محاذاة الجبيتين ان يطلب من المرأة تلطيف اعمالها بدل ان تحرض على الدفع شيأ فشيأ كما يفعل ذلك عموما فان فى هذه اللحظة تتمزق الاجزاء التى يخاف من تمزقها اذا اندفع الرأس بسرعة بحيث لا يكون هنالك زمن تسترخى فيه الاجزاء فكلما كان النفوذ من الفرج ابطأ كانت سلامة الحاجز العجانى من التمزق اكثر وغالب تمزق العجان يكون من المنكبين لا من الرأس قال المؤلف وعندى ان تمزق العجان ليس من العوارض الثقيلة فى جميع الاحوال بل خطره نادر وان كانت القابلة ملزومة بان تبذل جهدها فى حفظ اعضاء التناسل على حالتها الاعتيادية حسب الطاقة فان الجرح يلتحم ولابد غيران الفوهة الخارجة للمهبل تبقى واسعة وهذا قد يكدر الخاطر وربما اضطرت المرأة لعلاجه فيما بعد

(المبحث الثانى)

(فى الاحتراسات اللازمة للجنين)

المطلب الاول

(المطلب الاول)

(فى الاحتراسات اللازمة لاوضاع الراس)

الاول الوضع القمحدوى المقدم * متى خرج الرأس من الفرج لزم حفظه باليدين معا فالاصابع توضع متفرقة تحت القمحدوة والاذن والفك السفلى من كل جانب مع الانتباه لعدم حصول عائق فى حركة الرجوع وفى الحقيقة يمكن الاستغناء عن فعل ادنى جذب لان الباقى من الطفل يتقذف بحركة دفع الرأس غالبا وفى احوال اخر يأتى حالا وجع جديد يدفع الباقى كله ولكن من حيث ان القصد انتهاء الولادة بسرعة وان المرأة تتشوف للخلاص من ذلك لا بأس ان يتبع الاندفاع الحاصل من الرحم وانه فى مدة انقباضها ايضا يجذب الجنين بلطف من الرأس او الابطين فى اتجاه محور المضيق السفلى فاذا انقطع الانقباض الرحمى بالكلية بعد خروج الرأس ينبغى ان ينتظر وجع جديد قبل ان يفعل ادنى جذب فان بدون ذلك يمكن ان يخلو الرحم بسرعة فيحصل فيها انيرسيا اى خمود وعدم فاعلية وزيادة على ذلك ينبغى ان يعرف انه اذا مضى زمن تمكن فيه للرحم من الانقباض على الرقبة كان المنكب الخلفى المدفوع بقوة او المجذوب بدون احتراس قابلا لان يشق العجان شقا عميقا كما يفعل ذلك الراس وهذه الاحتراسات التى ذكرناها تتنزل على الاصناف الثلاثة للوضع القمحدوى المقدم

الثانى الوضع القمحدوى الخلفى * اذا كانت القمحدوة ملتفتة الى الخلف كانت الولادة فى الغالب عسرة فمن النافع مساعدتها على الميل الى الامام لتصل شيأ فشيأ الى الوضع المقدم فاذا نزل الرأس فى التقعير عقب سيلان المياه حالا يجتهد فى زوغانه الى اليمين او الشمال فى فترات الانقباضات بان تزلق اصبعان او ثلاثة اما امام العجز لاجل دفع القمحدوة الى الامام واما خلف العانة على جانب الجبهة لاجل توجيهها الى الخلف * وفى مدة الوجع يمنع الرأس عن رجوعه لوضعه الاول بان تبقى الاصابع التى ازالته عنه بينه وبين الخط المتوسط وتكرر تلك الاعمال كلما علم انها لازمة والعجان فى هذا الوضع يكون

معرضا للتمزق اكثر منه فى بقية الاوضاع ويلزم لحفظه جيدا ان يتنبه لانحراف اليد جدا الى الامام لان سقوط طرف الرأس عموديا عليها وانقلابه الى الخلف نحو الشرج اكثر من انزلاقه على جانب الفرج

الثالث اوضاع الوجه لما كانت اوضاع الوجه اقل طبيعية وفيها تعسر بالنسبة لاوضاع الجمجمة كان من العقل تحويلها الى اوضاع الجمجمة اذا سهل ذلك ولا يكون هناك زمن لفعل ذلك اذا وصل الرأس للتقعير وانما يفعل ذلك مدة كونه متحركا فى المضيق العلوى ويكون بكيفيتين مختلفتين اما ان يكتفى بدفع الذقن نحو الصدر بان يقع التأثير باصبعين على الجبهة او على القمحدوة فتنخفض وفى كلا الحالتين تبقى الاصابع فى محلها حتى يعرض انقباض فينقل القوة التى كانت فى جهة الوجه الى القمحدوة اذ الرأس حينئذ شبيه برافعة لها فرع مقدم وهو الوجه وفرع خلفى وهو القمحدوة وهذا الانقلاب مهم على الخصوص فى الوضع الذقنى العجزى واذا اخرج الوجه اولا لم يكن حفظ العجان سهلا كما يكون فى اوضاع الجمجمة لكن لما كان مقدم الرقبة لا القمة هو الذى يستند على الحافة السفلى لارتفاق العانة مدة اجتياز الجزء البيضاوى العلوى للرأس قوس الدائرة العصعصية العجانية التى توصله للفرج كان الخوف من تمزق العجان ايضا اقل فلذا ينبغى ان لا تستند اليد الا بلطف ويكون ذلك من بعد خروج الجبهة الى الخارج وبدون ذلك يمكن ان تزيد الاخطار التى يخشى منها على الجنين واقلها ان يحصل تعب فى انتهاء الولادة

الرابع الجبهة كلها او احد جوانبها واليافوخ المقدم واحدى الحدبتين الجداريتين واعلى القفا والذقن او احد الخدين اذا جاء شئ من ذلك بدل الاوضاع الخالصة للوجه او للقمة لم يمنع كون الولادة تحصل من ذاتها لان الحركات العنيفة من المرأة ينتهى حالها عادة بنزول القمحدوة او الوجه ولكن هذه الاوضاع المتوسطة او الغريبة قد تعطل سيرا لاوجاع والطلق غالبا فلذلك يلزم اذا عرفت ان تقهر على رجوعها الى الاوضاع المنتظمة القريبة لها فما دام الرأس فى المضيق العلوى ولم تنقبض الرحم على الجنين جاز ان يؤمل

بادخال اصبعين خلف القمحدوة اوامامها اوعلى جوانبها فى رجوعها الى المركز اوان يدخل الوجه بالكلية اذا لم يمكن غيرذلك

(المطلب الثانى)

(فى الاحتراسات اللازمة للمجيء بالحوض)

الاول اوضاع القدمين * نحن وان تمسكنا بان الولادة بالاقدام تنتهى عادة بدون استعانة بشيء لكن لانمنع مس الجنين قبل تمام خروجه وانما نقول انه ليس بلازم بل ربما كان جذبه الى الخارج خطرا

فمتى برز الساقان حفظتا بخرقة تلف عليهما ويفعل مثل ذلك فى الحرقفتين والبطن والذراعين والصدر والمنكبين فاذا استند العقبان اوالركبتان اوالمرفقان على ارضية الحوض لزم تخليصهما وجذبهما نحو الفرج بمساعدة بعض اصابع ومن حيث انهما قد يثقبان العجان اذا وقعا على وجهه الحوضى لزم ان يتنبه الطبيب لذلك غاية الانتباه فاذا كان الرأس وحده فى التقعير وجه اصبعين امام الذقن اوفى الفم اوعلى جانبى الانف وهو الاحسن ثم يزلق اصبعين اوثلاثة من اليد الاخرى تحت ارتفاق العانة لاجل حفظ القمحدوة وعند مايعرض ادنى انقباض رحمى يجذب الكل فى اتجاه محاور المضيق السفلى والفرج مثل ما اذا اريد قلب ظهر الجنين على جبل الزهرة وخثلة الام

الثانى اوضاع الركبة * الركبتان انما يستدعيان اشياء قليلة فاذا جاءا فى وضع منتظم تركا ليخرجا بانفسهما فاذا وصلا الى الفرج سوعد خروج الساقين فاذا اتجهت احدى هاتين الركبتين فى اتجاه معيب اواستندت على نقطة ما من الحوض اووقفت فى عنق الرحم اوفى ثنية من المهبل ازيل تعلقهما غالبا بدون مشقة فتوصل حتى تأتى بجانب اختها وبالجملة يفعل كما يفعل فى القدمين مع الاحتراس عن فعل جذب بدون لزوم

الثالث اوضاع المقعدة وبعد نزول الاليتين اذا كان فى القدمين ميل لان ينفذا معا كان من النافع احيانا دفعهما وحفظهما مرتفعتين قليلا مدة جملة اوجاع ولا يفعل شيء من ذلك حتى ينزلا فى اسفل التقعير وجذبهما

فى تلك الحالة لا يحصل بدون خطر اذا كان ذلك فى وقت عدم انقباض الرحم وذكر بربوت انه يلزم ترك ابتداء الولادة بالمقعدة للطبيعة وان الرأس وحده هو الذى يستدعى توسط الصناعة ومع ذلك اذا كان حجم القدمين عظيما بحيث يعسر نفوذهما من الفرج كان من النافع وضع اصبع بهيئة كلاب على الاربية الحاذية المقابلة للعجز لتساعد الحركات العنيفة من المرأة فالحرقفتان لا يخرجان الاو ينتقل اثر العصر الذى يحصل لهما للبطن ثم من المهم حينئذ ان يعمل بعض جذب للفخذين والساقين بان يبدا ليقل هذا الانضغاط الخطر ثم تكون الولادة بعد ذلك شبيهة فى الاحتراسات التى تستدعيها الولادة بالقدمين او الركبتين واذا خرجت الاليتان من المضيق السفلى مددتا العجان احيانا بقوة مثل ما يمدد بالرأس لكن من حيث انهما الين من الرأس وان قابلية الجذع للانثناء تسمح لهما بان يتوافقا بسهولة مع اتجاه المحاور ومع شكل الممرات التى يخرجان منها كان من النادر ان يحصل منهما تمزق للعجان فلا يلزم عند ذلك حفظه

الرابع يفعل فى الاوضاع المنحرفة للمقعدة ما يفعل فى الاوضاع المنحرفة للرأس فيجتهد فى ارجاعها للاوضاع البسيطة فاذا كان الذى فى المركز هو الوجه الخلفى للعصعص وطرف العجز ينبغى ان يبادر بوضع المرأة على السرير وتلزم حسب الامكان بحفظها مستلقية على ظهرها والقابلة تضع يدها على الخثلة وتدفع الرحم الى الخلف والاعلى فاذا لم يكف هذا الاحتراس صح ان يشبك فى الجبهتين اصبعان من اليد الاخرى ويقهران على الهبوط فى المضيق فاذا دخلت احدى الاليتين وحدها مع الحرقفة الحاذية لها او بدونها لزم رفعها فى مدة السكون الذى بين الاوجاع او يجتهد فى وصولها باستقامة بان تزلق بعض اصابع على وجهها الظاهر ولو كان الذى وجد بدل الالية او العصعص فى مركز العنق المتسع هو اعضاء التناسل او مقدم الساقين سهل حينئذ عموما انزال القدمين محل المقعدة ولو جاء كل من الاليتين والقدمين عسر وجدا فهر الاليتين على الخروج وحدهما

(الفصل الخامس)

(فى الاحتراسات التى تستدعيها الولادة الشاقة او الغير المنتظمة)

وبقطع النظر عن الاستعانات القوية قد يكون الطلق فى بعض الاحيان متعبا ثقيلا بحيث يكون مخيفا او ممنوعا لسير الولادة والاسباب التى تبطئه ولا تنسب لعسر الولادة الحقيقى ينسب معظمها لمزاج المرأة او بنية تركيبها او حالة احتقان اعضاء تناسلها او ضعفها او تنبيهها او تشنجها او جفافها او ارتخائها او انقباضاتها الغير المتساوية او عدم فاعليتها بالكلية اى خمودها او الكيفية التى يكون عليها الجيب المائى وبسبب ذلك كانت الوسائط التى تذكر هنا غير مناسبة فى جميع الاحوال بسبب تغاير الاسباب فليس هناك فى علم الولادة وسائط نوعية لذلك

(المبحث الاول)

(فى بطئ الطلق باسباب مختلفة)

قد كان لكل طبيب ولكل قابلة علاج مسرع للولادة بحيث يكون عنده واسطة اكيدة لانتهاء الولادة بسرعة فجميع الادوية السرية والتمايم كانت ممدوحة فى ذلك فمنهم من كان يضع قطعة من حجر ثمين كاليشم والياقوت الاصفر والزمرد فى كيس صغير تعلقه المرأة فى عنقها او منهم من يأمرها بان تمسك فى يدها اليمنى قطعة من المغناطيس ومنهم من يعلق فى فخذها ريشة نسر او فى اخمصها الايمن اول ريشة من جناحه الايمن ومنهم من يمرخ بطنها بشحم حية او بمرارة ثعبان برى او يغطى سرتها بجلد حار جدا من ثعبان او ارنب او يضع زعفرانا على خاصرتها او يتلو عزائم روحانية على الجبهة او الصدر او تجويف المعدة وغير ذلك من الخرافات التى بقى منها الى الآن كثير وربما التزمنا فى بعض الاحوال على رأى ونزيان ان نطاوع ضعف النساء فى طلبهن ادوية فنأمرهن باستعمال بعض اشياء وتلك الادوية اقله انها فى الغالب لا تحدث ضررا وربما نفعت فى منعهن عن استعمال بعض ادوية فيها خطر فالمياه العطرية للمليسا اى الريحان الليمونى والنعناع وصبغ القرفة والقرنفل وجميع المركبات والاكاسير الكحولية كان لها صيت عظيم فى ذلك واحيانا تحصل منها هلاك

النساء اللواتى استعملنها والطبيب لوروا س شاركها مع الفصد وقال ان المبضع حينئذ احسن من جميع الخفوت الرحمية والمسهلات والمقيئات كان لها شهرة وسمعة عظيمة حتى عند الاطباء وبقى منها الى الآن شئ عند العامة حتى قال لوباس اذا كان مع المرأة حمى وكانت ممتلئة بالدم وجاء الجنين بالرأس وكان ميتا فلا شئ احسن من استعمال مسهل وقد استعمل موريسوس مستحضرات من المن والسنا مضافا عليها بقصد التعديل عصارة البرتقان او الليمون مع ان بعضهم استغرب كون هذه الادوية تحرض الاوجاع وتوقظها لكون فعلها انما يتجه للقناة الهضمية ونحن نعترف بان استعمالها اذا كان خطرا فانما يكون ذلك فى النساء اللواتى فى الطلق

واذا اعطيت المسهلات حقنا لم يحصل منها الاخطار المذكورة بل ربما كان فى استعمالها بهذه الكيفية منفعة ولنخص منها المنقوع الحار للسنا فانه وان كان الغالب كونه مصحوبا بمغص شديد الا انه لا ينبغى تركه بالكلية كما قال المؤلف لانه شاهد فى بيت الرحمة بباريس انه احدث فى الانقباضات الرحمية قوة عظيمة يعسر نسبتها لغيره او لامر اتفاقى

وقد يسير الطلق احيانا ببطئ زائد بحيث يدوم يومين او ثلاثة الى ثمانية ايام بدون ان يفعل شئ مخصوص لذلك وذلك يحصل فى حالتين متقابلتين * اولا فى النساء الشابات العصبيات التى تكون هذه الولادة هى الاولى لهن وتكون اليافهن متينة متنبهة * وثانيا فى النساء ذوات المزاج الرقيق والبنية الضعيفة اللينفاوية او اللواتى حصل لهن فى بوزطنشيا رخاوة عظيمة قبل اوان الولادة بزمن ما

ففى النساء الاول يقل ظهور الطلق لان الفتحة تكون فيها مقاومة عظيمة او حساسية شديدة فحينئذ يفعل فصد صغير اذا سمحت بذلك حالة النبض وقوة المرأة وتلون وجهها وقد ينفعها ايضا استعمال حمام فاتر وتمريخات بمرهم البلادونا وبالمشروبات المخدرة قليلا او المسكنة وفى النساء الاخر يظهر ان حركات الرحم بطيئة ضعيفة فتمكث على هذه الحالة يومين او ثلاثة او اربعة ثم تكتسب قوة عظيمة فتتم الولادة عموما بسرعة عظيمة وهذه حالة مخالفة

بالكلية

بالكلية للحالة الاولى التى هى البطئ الزائد وقد مدحوا لتلك الحالة وسائط كثيرة مع ان الطبيعة غير محتاجة لاعانة اصلا فان هذا البطئ لازم لذلك فلا ينبغى تكدره بوجه ما وانما يسمح فقط بحفظ القوى بان يعطى للمرأة بعض اغذية مقوية اوتسمه مل زمنا فزمنا مع الاحتراس بعض ملاعق من جيد النبيذ وفى بعض الاحيان لا ترجع الاوجاع بعد ان كانت منتظمة قوية الا بعد فترة طويلة فتارة بنسب ذلك للضعف العام للمرأة اولتعب فى رحمها وتارة لكون حركاتها كانت رديئة الاتجاه اولكون قابلية التهيج فى الرحم غير قوية ففى الحالة الاولى تؤمر بالراحة وباستعمال مرقة اذا كان لها شهية وبقليل من النبيذ اذا كان العطش والحرارة غير قويين وبالصبر وفى الحالة الثانية تؤمر ايضا بالراحة اذا كان التعب قويا والا فتؤمر بالرياضة ولا ينكران المشى والوقوف يقوى سير الطلق يقينا واعلم ان الزمن والصبر هما اعظم علاج هنا غير ان هذه القاعدة محزنة لامرأة واقعة فى الالم والقابلة يتكدر خاطرها حينئذ من ترجى الحاضرين تخفيف آلام تلك المرأة على ان هناك احوالا يخشى على الجنين فيها حصول خطر حقيقى وذلك كما اذا خرج من الرحم غاز فى سير طلق طويل شاق فانه يخاف حينئذ من كون الجنين مات بالفعل او قارب الموت كما يؤكد ذلك جملة مشاهدات

(المبحث الثانى)

(فى عدم انتظام الاوجاع والانقباضات الرحمية)

الاول اوجاع الكليتين * ليس هناك شئ يقلق النساء ويتعبهن ويطيل طلقهن مثل آلام الكليتين ولذلك قال ارسطاطاليس اذا توجهت الآلام نحو الكليتين صارت الولادة شاقة وجميع العلماء والقوابل تعرف ذلك وكل منهم وضح بيان ذلك بما يستدعيه نظره واسباب تلك الاوجاع غير معروفة فمنهم من نسبها لشد الاربطة الرحمية وآخرون لتباعد ارتفاقى العانة عن بعضهما برأس الجنين ومنهم من نسبها لانقباض عضلة مستعرضة للرحم زعم وجودها وجميع هذه الآراء تسقط بالبحث الدقيق * قال المؤلف ويظهر لى

ان ينبوع آلام الكلتين يوجد فى طرف الرحم اى جزئه الدقيق خصوصا
ماحوالى العنق ويوضح ذلك بافراط الحساسية اوقابلية التهيج فى هذه الاجزاء
وبعدم تساوى الانقباض الذى ينتج من ذلك فالنساء اللواتى يصبن بذلك
يدرن ويضطربن ولا يمكنهن المكث فى محل واحد وفى مدة الانقباض يرفضن
الدفع ويظهر كان فعلهن لاجل امساك فعل الرحم والعضلات البطنية التى
يخففن من افراطها وبالاختصار لا تظهر تلك الآلام الا فى النصف الاول من
الطلق فتكون غير مطاقة وتشاهد غالبا فى المجيء بالحوض وفى الاوضاع
المعيبة اكثر من اوضاع الجمجمة فاذا تم كمال اتساع العنق وتقدم الرأس بقوة
فى المضيق تبدلت باوجاع بسيطة فاذا نزلت الجمجمة فى التقعير انقطت كلها
تقريبا * وليس عندنا فى الصناعة واسطة قوية لمقاومتها ويبعد فى الغالب
تسكينها بالفصد والاستحمامات والمخدرات ومضادات التشنج سواء استعملت
من الباطن او وضعت على العنق ولا ينبغى ان تستعمل الا اذا استدعتها دلالة
مخصوصة فلذلك كان الصبر والتسليم هما اللذان يعول عليهما هنا واذا اخذت
ملاءة وثنيت طبقات ومربها تحت القطن فانها تخفف آلام المرأة قليلا
اذا تكفل بها شخصان على جانبيها يخدمانها خدمة مناسبة لرفعها وامساكها
فى كل وجع وكذلك اذا اخذت لها مركزا فى ركبتيها المثنيتين بان تعانقهما
باليد اوبالساعد وبعضهم ايضا ذكر الضغط الخفيف على الخثلة لذلك ولكن
ليس هناك شئ يقهر غالبا اوجاع الكليتين الا تقدم الطلق

الثانى بطئ الطلق وذلك يكون فى بعض الاحوال لكون الانقباضات عسرة
مؤلمة جدا غير مستوية اوجزئية اذ من المعلوم ان الالياف الرحمية المحتقنة التى
كانها متخدرة لا تقدر على الرجوع على نفسها بجميع شدتها المناسبة فالنساء
الاقوياء الدمويات العضليات هن الاكثر اصابة بتلك الحالة وتعرف بزعل عام
وثقل وتلبك يحس بذلك فى الخثلة والحوض وبالتلون الزاهى فى الجلد
وبالنبض خصوصا حيث يكون كبيرا عريضا اوضيقا صغيرا صلبا والفصد من
الذراع ينجح غالبا حينئذ ويعطى للاوجاع جميع الحدة اللازمة لها

والحالة

والحالة الثانية وهى الانقباضات المؤلمة جدا توجد وحدها اومع الحالة الاولى ومن حيث ان سببها حساسية زائدة سواء كانت عارضية اوطبيعية وسواء كانت فى البنية كلها اوفى اعضاء التناسل على الخصوص فالمناسب بعد الفصد اذا حكم بنفعه ان يستعان بالاستحمامات والمسكنات اللطيفة بل وفى بعض الاحيان المستحضرات الافيونية

والحالة الثالثة هى اكثر الاحوال وهى الانقباضات الجزئية وقد امعن التأمل فيها قوابل بلاد النمسا وبعض الفرنساويين فتارة ينقبض قعر الرحم وحده انقباضا تشنجيا وباقى العضو يبقى حينئذ بدون انقباض وتارة يكون المنقبض احدى زاويتيه او بعض من جداره المقدم اومن جداره الخلفى اومن جوانبه فالآلام تكون حادة مثل ما اذا كان الانقباض عاما بل قد تكون احيانا اشد من ذلك لكنها تحصل فى الغالب بنزيف خالص اواقله ان لا يحصل منها تأثير فى تقدمات الطلق مثل ما يحصل من الانقباضات المنتظمة واذا وضعت اليد على الخثلة يحس ان كانت جدران البطن غير شديدة السموكة بان للشكل البيضاوى الرحمى غير منتظم وان فيه تحدبات وعدم استواء وكانه مرتبط على الجنسين بخيط وهذه الانقباضات التشنجية سماها بعضهم ايضا بتيتنوس الرحم اذا احتوت على جميع العضو

وينبغى اذا لم تمنع حالة المرأة ذلك استعمال الفصد ثم الاستحمامات ثم المسكنات البسيطة ومضادات التشنج المنتشرة والافيونية ونحو ذلك * قال المؤلف وقد استعملت بنجاح جملة اشياء منها جرعة مركبة من اربع آواق من ماء الخس والخشخاش البرى ودرهم من ماء زهر البرتقان اوالنعناع واوقية من شراب القرنفل اوالخشخاش الابيض ويستعمل ايضا اوقية من شراب الخطمية مع قمحة من خلاصة الافيون اومع خمس نقط اوعشر من اللودنوم اى روح الافيون وكثيرا ما يكفى الدلك المستدام زمنا طويلا على البطن ويعمل تارة باليد وحدها وتارة بخرق الصوف الرقيقة الجافة الحارة اوالمنداة بزيت البابونج اوالكؤول المكفور اوماء الكلونيا وهذه الحالة وان كانت الطبيعة

قد تردها غالبا بنفسها الى حالتها الاعتيادية الا انه لا ينبغي اهمالها اولا لانها
قد تطيل الطلق اطالة زائدة وثانيا لانه يصح ان تعتبر حالة مرضية اوقله
ان ينتج عنها استعداد عظيم للامراض كالتهاب الرحم مثلا

الثالث الانقباضات التشنجية في العنق * قال المؤلف وقد شاهدت كثير
وقوف اتساع العنق بالكلية وتارة ابطاؤه مدة ساعات كاملة بسبب عدم
الانتظام المذكور الذي يستدعي عموما المعالجة التي تستدعيها الحالة السابقة
والعلاج اللازم لذلك يؤخذ مما سيذكر

البلادونا * الواسطة الثمينة لذلك والاقوى فاعلية من الاستعمالات الموضعية
والحقن الملينة اواللعابية والاطلية من جميع الانواع هي البلادونا
قال كليان والخلاصات المحذرة جيدة الاستعمال هنا انتهى لكن
مع كونها تساعد على اتساع العنق تمنعه من ان يرجع على نفسه فتسبب
نزيفا مهولا

ومرهم البلادونا الذي امر به شوسييه استعملته القابلة لشبيل في بيت الولادة
بباريس ولم يحصل منه خطر اصلا ولا يستدعي توسط المرشة الرحمية ولا الحقنة
التي اخترعها شوسييه قال المؤلف وكلما احتجت لاستعماله مزجت درهما
من عصارة البلادونا اوخلاصتها مع اوقية من المرهم البسيط اومن الشحم
الملوث ادخل بواسطة الاصابع الغليظة مثل بندقة من هذا المرهم عارية اوعلى
كبابة من تفتيك الى العنق فيكون مشحما في جميع دائرته فالبلادونا تؤثر هنا
كتأثيرها على القزحية اذا وضعت بين الاجفان قبل عملية الكتركتا ببعض
ساعات بل احيانا يكون تأثيرها هنا بسرعة غريبة

والافيون مدحه كثير من القوابل سواء خلاصته اوصبغته فله فاعلية
عظيمة في احوال الانقباضات الرحمية الغير المنتظمة وزيدت كمية استعماله
الى ماتي نقطة في مسافة بعض ساعات بل خبروه على الشيلم المقرن ويظهر
ان فعله يذهب كله للرحم فلم تلبث انقباضاتها قليلا حتى تنتظم * قال المؤلف
وعندي شك في نفعه في خمود الرحم ومشابهته الحقيقية للشيلم

(المبحث الثالث)

(فى الاحتراسات اللازمة لجيب المياه اى القرن)

قد ذكرنا ان تمزق القرن قبل اوان تمزقه وبقاءه سليما مدة طويلة قد يبطئان الطلق او يصيرانه مغيما فقد اتفق ان امرأة فى سادس سقط لها بسبب رقة الاغشية بحث فى مشيمتها فتحقق قلة سمك وصلابة اغشية الجنين ففى هذه الحالة ينبغى اعانة تمدد الفتحة بدون زيادة شدة الانقباضات الرحمية لان المهم تخليص الجنين باسرع ما يمكن من الانضغاط الحاصل له ولاجل تحصيل ذلك يظهر ان المناسب ان تؤمر المرأة بالمشى وان تندى الاعضاء باى شئ كان وخصوصا بالمرهم الذى ذكرناه قريبا اى مرهم البلادونا

الطلق الجاف * ليس بصحيح ان يقال كما قال بعضهم ان الطلق يكون آكد كلما كان انفجار القرن اسرع لكن لا بأس ان ننبه على انه اذا انفجر القرن قبل اوانه لم تستفرغ جميع مياه الامنيوس قبل ان يمر الرأس وجفاف المهبل او العنق الذى نسبوا له هذا الانفجار والتمزق ناشئ من سبب آخر وهو تهيج اعضاء التناسل وفقد افرازمادتها المخاطية فبموجب ذلك تكون الادوية الرئيسة هى مضادات الالتهاب والمرخيات التى امر بها ايضا بقراط قديما

من الغلط الخوف من خروج المياه قبل اوانه سا زمن الطلق فقد ذكروا ان هذه المياه قد تفقد احيانا من البذرة ذكر ذلك مسنيرو ذكر الحكيم مندانه وجد منها نحو اوقية فقط ولم يمنع ذلك كون الولادة سريعة سهلة ووجدهو بودوم فى امرأة قطرة واحدة مع ان الطلق مكث ساعة واحدة

فاذا تعوق طرف البذرة عن التمزق لزم تمزيقه وهذه العملية الصغيرة لاجل فعلها بدون خطر تستدعى مراعاة الشروط الآتية * اولا ان يكون الاتساع اقله اخذ فى التقدم * ثانيا ان يكون الجنين فى وضع جيد * ثالثا ان لا يكون هنالك مانع آخر للولادة

فاذا لم يكن العنق زائد الاتساع خيف من الاخطار المتعلقة بتمزق الاغشية السابق على اوانه فاذا لم يحصل فى الرحم انقباض اصلا او انقبضت ببطئ جاذ

ان يحصل فيها كما قيل خمود تام مع جميع توابعه واذا كان الجنين رديء الوضع
زاد خطر المجيء واستعمال وسائط الصناعة وان كانت لازمة تكون اقل نفعا
لكن لا ينبغي ان ينسى ان مثل هذه القواعد العامة لها استثناء فلا اذا كان
السائل المحوى فى الامنيوس زائد الكثرة جاز ان يعطى له منفذ وان كانت
فتحة العنق غير عظيمة وتمسك بعضهم باستعمال تلك الواسطة لتعجيل الطلق
اذا تعوق ظهوره او ظهر ان الحمل جاوز وقته الاعتيادى ونقول من المحقق
ان ذلك ينجح لتحريض الولادة وان ذلك يكون علاجا قويا لخمود الرحم لا انه
سبب له وانما مشاهدات كثيرة تقوى ذلك

الاستسقاء الامنيوسى * اذا زاد حتى خدر الفعل الرحمى واضعفه استعمل له
علاجه القاطع ثم هو سواء حصل من التهاب الاغشية او من مرض فى الجنين
او من تغير فى الرحم او من استعداد المرأة للنزيف يعين دائما اعانة غريبة على
خمود الرحم فلا ينبغى اهمال علاجه

ويتم ذلك متى كان وضع الطفل غير ثابت او شوهد مجيء الحرقفتين
او المنكب او الرأس او غير ذلك من الاعضاء طورا فطورا فى مركز المضيق ففى
تلك الحالة يختار لتمزق الجيب الوقت الذى يكون الرأس فيه جيد الوضع لان
هذا التمزق اذا ترك للطبيعة يمكن ان يحصل عندما يكون الوضع رديئا كما يمكن
ان يحصل عندما يكون جيدا فاذا لم يكن القرن حافظا الشكل قوس من دائرة
بان كان مستطيلا جدا او كثريا ولم يعن وجوده على تقدم الاتساع لزم تمزيقه
وذكروا لاجل اتمام هذه العملية كيفيات كثيرة ويكفى لذلك سن مبضع
او مقص صغير او مطوة او دبوس او ابرة ويهدى ذلك على باطن السبابة نهاية
ما يلزم انه ينبغى الاحتراس من اصابة الجنين او امه بشيء من هذه الاجسام
والذى يفعل الآن عموما غير ذلك فمنهم من يحك بظفره البروز الحاصل من
البذرة عندما يكون فى غاية توتره ومنهم من اختار المقص المقوس ومنهم من
يمزقه بطرف الاصبع بان يضغط به على رأس الورم نحو قاعدته فاذا لم ينجح
ذلك اول مرة كرر ثانيا وثالثا ويكون ذلك دائما عند شدة الوجع ويصح

ايضا

ايضا ان تمسك ثنية من الاغشية بالاصابع مسكا جيدا متينا عند ارتخائها بحيث اذا جاء اول وجع شديد يمزق ذلك القرن يقينا وهذه الطريقة آكد وبعضهم بعد ان يمسك الثنية يحكها على الابهام بظفر السبابة فيحصل التمزق سريعا فاذا تعسر تمزقها بذلك لمقاومة فى الاغشية وصلابة طبيعية او مرضية فيها احتيج لثقبها بآلة قاطعة * فاذا انشقت الاغشية بذاتها من الاعلى جدا فوق العنق ولم يذهب الورم الداخل فى المهبل وكأنه اتعب سير الظاهرات الطبيعية للطلق احتيج فى معظم الاحوال لعمل الثقب وكأن الشق الذى حصل غير حاصل اصلا فاذا لم يسمح الكيس الغشائى بخروج السائل الامنيوسى الابعد اتساع الفوهة بزمن طويل فان بقية الطلق يسير بسرعة عظيمة كما ثبت ذلك بالمشاهدة فالمناسب حينئذ فى مثل هذه الحالة الزام المرأة بملازمة الوضع الافقى من وقت التمزق

(المبحث الرابع)

(فى المياه الكاذبة)

ينبغى ان لا يشتبه على الطبيب مياه الانفجار بالمياه التى تنزل فى ابتداء الطلق فان هذه تسمى بالمياه الكاذبة ونزولها فى سير الحمل اكثر منه زمن الولادة ولا ينسب لتمزق طرف البذرة قبل اوان التمزق وذكروا ان بعض النساء يخرج منهن ستة ارطال او ثمانية قبل زمن الولادة وبعضهم تشكك فى وجودها والا آن لم ينازع فيها الا القليل ولم يعين الى الآن مجلسها هل هى من الاوعية الليمفاوية او من ديدان حوصلية تمزقت او هى تصعدات من الامنيوس او ناشئة من شق او تخلل فى الاغشية او من تراكم سائل بين السلا والامنيوس او من استسقاء فى الغشاء الساقط او انها مجرد نتيجة استسقاء رحمى حقيقى خلاف بين العلماء وان قيل لا مانع من كونها تارة تحصل من كذا وتارة من كذا من الاسباب الا ان الغالب على الظن كما قال المؤلف انها انما تنسب بالاكثر لاستسقاء الرحم ولاستسقاء السلى اذا لم يمكن توضيح حصولها من تخلل الاغشية

(المبحث الخامس)

(فى بطالة الرحم اى عدم فعله اوضعفه)

السبب الاخير الذى يطيل مدة الولادة هو الضعف المطلق او النسبى للانقباضات الرحمية وهذا السبب هو المشاهد غالبا فيمن يتعاطى الادوية المسرعة للولادة لكن يبعد ان يكون هو السبب الاغلب فاذا كانت بطالة الرحم واضحة ولم تنسب لتعب عام اوموضعى ومنعت وحدها سير الولادة ولم تحصل منفعة من الاحتراسات والتدبير الغذائى التى ذكرناها وسيما اذا لم تزل تلك البطالة آخذة فى الزيادة كلما تقدم الزمن جاز ان يؤمر برفع رأس الطفل الى الاعلى فى فترات الاوجاع لتسيل المياه كما قال بذلك بوزوس فيما اذا طالت مدة الولادة وان تعطى المرأة الجواهر التى يظهر فعلها فى الرحم وذلك كنصف حقن من السنا وكالمنبهات عموما فانه يصح ان يعقبها انجاح فيصح ان يؤمر لها ببورات الصودا الذى كانوا يسمونه سابقا فى زمن دولاموت بالدواء السرى بايطاليا مع ان الولادة ربما كانت تنتهى غالبا فى مدة التفتيش على هذا الدواء ولذلك فضل هذا الطبيب اليد على جميع الادوية والابرة المكهربة الثاقبة التى استعملها سرلنديرمرتين بنجاح كانت ممدوحة فى ذلك قبل اختراع جفت الولادة ومثلها ايضا الجلوانية لكن يعرف الا ن واسطتان هما الاحسن بحسب الظاهر وهما الشيلم المقرن والضغط البطنى

فاما الشيلم المقرن فالظاهر انه قديم الاستعمال وقد اشتهر استعماله بمشاهدات كثيرة بالاميرقة وفرانسا وانكلتيرة ومحقق عند الاطباء القوابل بانه ينبه الانقباضات الرحمية زمن الطلق ويعيدها بعد سكونها اوضعفها

كميته والامر به * امر المؤلف بكمية من خمس عشرة قمحة الى عشرين فى ملعقة اونصف كباية من ماء سكرى وتجدد هذه الكمية مرتين اوثلاثا بين كل مرتين عشر دقايق الى خمس عشرة * قال المؤلف وكثيرا ما وضعت درهما منه فى اربع اواق من منقوع الزيزفون والنعناع مع اوقية من شراب قشر البرتقان

او الصمغ ويستعمل من ذلك ملعقة فى كل عشر دقايق ويمكن ان يستعمل منه اكثر من ذلك بدون ضرر فقد امر بابتلاع درهم منه بل درهم ونصف فى مدة ايام بدون ان يحصل منه عوارض محسوسة فلا يخاف من حدوث الدآء الشيلمى المسمى ارجوترموس الاذادووم على تعاطى الشيلم المقرن زمنا طويلا بكمية عظيمة (الارجوترموس تارة تكون اعراضه مقصورة على سدر ودوار وتشنجات ويسمى حينئذ بالارجوترموس التشنجى والغالب ان يعرض خدر فى الرجلين واليدين فتذبل وتفقد حساسيتها وحركتها وتنفصل عن الجسم بالغنغرينا الجافة ويسمى الدآء حينئذ بالارجوترموس الغنغرينى) وذكر الطبيب لالسك مشاهدة امرأة تعاطت مطبوخ عشر اواق فى عشرين يوما وامرأة اخرى استعملت ثمان اواق فى مدة شهر بدون ان ينتج من ذلك كله خطر بل تمسك بعضهم بان الكمية اذا كانت اقل من درهم يندر ان يحصل منها نتيجة جيدة وبالجملة فالحكم فى هذا الموضوع عسر جدا فان هناك احوالا يمكن ان يتغير فيها فعل هذا الجوهر ويندر ان يعرف هل هذا الذى استعمل متمتع بجميع الخواص المقصودة منه والامل ان الكيماويين يحللون هذا الجوهر ويعرفون الجزء الفعال منه وقد ظن انه قلوى واما الاستحضار المناسب منه فيمكن ان يتحقق فيما بعد والذى يظهر لنا الآن ان مسحوقه الناعم احسن من مطبوخه بشرط ان يكون جديدا اومأخوذا من حبوب جيدة محفوظة جيدا

اعتباره اعتبره بعضهم حسن الفعل وبعضهم خاف من فاعليته فاعتبره مسقطا خطرا وكما يسقط النساء يسقط الحيوانات ايضا ومنهم من استعمله لسرعة التخليص اولقطع النزيف ومن حيث ان من خواصه الاسقاط ينبغى ان يحترس من تعاطيه للحبالى خارج زمن الطلق والعشر اواق التى تعاطتها المرأة فى مسافة عشرين يوما واستدام سيرحملها الا يعارض ما قلنا لانها اولا كانت مطبوخة لامسحوقة وثانيا لايعرف هل كان الشيلم فى هذه الحالة معيبا ام لا وآخرون اعتبروا الشيلم مضرا للمرأة متعبا لاعضاء الهضم مسببا للدآء

الشيلمى والغنغرينا لكن المشاهدات دلت على ان هذا الجوهر لا يكون مسمما اصلا بحيث يسبب موت الاعضاء الا اذا دووم على استعماله زمنا طويلا او استعمل بكمية كبيرة وظن بعضهم انه يضر بالطفل ايضا * قال المؤلف والذى شاهدته فى اربعين مثالا من الاضر به سوآء منى او من اقرانى ان سبعة اطفال فقط ولدوا ميتين

وزعم الحكيم هال انه لا يؤثر مباشرة على الرحم وان صفاته المهلكة تفسد اولا دم الام ثم دم الطفل واذا انقبض الرحم فذلك انما هو لاخراج الجنين من الفعل المسم لذلك الدواء * قال المؤلف ويظهر لى ان هذا التوضيح خال عن الاساس لان النساء لا يوجد فيهن عادة ظاهرة مضادة للتسمم مدة تتابع هذا الجوهر ودورة الجنين تتكدر من وجه آخر وظن بعضهم العكس وان الطفل يكون فى خطر بسبب التعسرات التى يكابدها الدم فى مروره من الرحم الى الجنين وهذا الرأى غير مؤسس على شئ ايضا لانه ليس هنالك دورة رحمية مشيمية واصلة فاذا مات الجنين حينئذ فذلك لانه كما اثر الشيلم فى الفعل العضوى اثر ايضا فى جميع القوة لقابضة للرحم فهعل ذلك العضو انفعاله التى لا يتخلل بينها الافترات قصيرة ولا تنقطع انقطاعا تاما كما فى الطلق الاعتيادى فلذلك يصير الجنين مضغوطا بحيث يحصل تعب بل خطر فى دورة المشيمة وحركات القلب وسير السائلات فى الجبيل وفى الاحشاء ايضا وقد توصلنا بذلك الى ان الشيلم لا يعطى فى ابتداء الطلق ولا قبل ان يصير قويا وقد ظن ان فعله يكون فى الغالب ضعيفا جدا او معدوما او غير نافع اذا كان الجنين ميتا وانه اذا لم يؤثر فى مسافة عشرين او ثلاثين دقيقة لم يلزم التعويل على نتايجه ولذا كان من الاكيد عندنا ان الانقباضات التى يحدثها تتميز باستدامتها عن الانقباضات الرحمية الاعتيادية لانها انقباضات مرضية

وبالاختصار ينبغى لاجل حصول النتيجة من الشيلم وعدم الخطر من استعماله اولا ان لا يكون هنالك ميل ظاهر للنزيف بسبب افراط التهيج * ثانيا ان

تكون

تكون الولادة ممكنة من الطرق الاعتيادية * ثالثا ان الطفل يكون جيد الوضع * رابعا ان يكون العنق رخوا متسعا * خامسا ان لا تكون قابلية التهيج العامة شديدة * سادسا ان تكون اعضاء الهضم فى حالة جيدة * سابعا ان تكون قلة فعل الرحم ناشئة من فقد قابلية التنبه فيه وان يكون الرأس متقدما جدا فى المضيق العلوى او فى التقعير نفسه

فمنفعة هذا الجوهر فى علم الولادة واضحة ظاهرة كمنفعة الكينكينا فى الحميات المتقطعة وانما ينبغى الاحتراس من الافراط فى استعماله بان يكون بكيفية منتظمة جارية على وفق الشروط

واما الضغط البطنى فيصح ان يجرب قبل تعاطى الشيلم ويناسب خصوصا النساء السمان اللينفاويات المرتخيات اللاتى بطونهن مهدلة والفعل العضلى فيهن قليل النمو وهو يقوم من وضع رباط على البطن اى حزام عريض ولذا قال انجليجى انه احتراس نافع فى حالة الارتخاء الزائد للبطن * قال المؤلف وقد استعملته فى حالة انحراف امامى واضح جدا بقصد استقامة الحركات العنيفة للرحم ثم بقصد ايقاف بعض عوارض لطلق كاذب فى امرأة ليس حملها الا سبعة اشهر واستعمل ايضا فى حالة لم يسر فيها الطلق مدة ساعات كثيرة ولا بأس ان ننبه على انه ليس منبها وانما هو مسند تستند عليه الرحم فهو يؤثر هنا كتأثير حزام السعاة بكونه يجهز نقطة ارتكاز لعضلات البطن والانقباضات الرحمية ومن حيث انه لا يحصل ضرر من استدامته فلاى شئ لا يستعمل اذا سار الطلق بطيئا اوكان البطن بارزا ناميا بقصد حفظه فاذا اخذت فوطة ووضعت منفرشة من العانة الى السرة وثبتت بمتانة جهة القطن واخذت فوطة اخرى لمحافظة لها تكون من ذلك الجهاز كله للذى يضعه كل انسان على حسب كيفيته

(القسم الثانى)
(فى الولادة العسرة)

تسمى باليونانية ديستوسيا ومعناها ماذكرنا الولادة ينقطع منها وصف كونها

طبيعية اى تحصل من ذاتها عند ما تهدد بالخطر اذا تركت ونفسها ولذلك كانوا كثيرا ما يسمون هذا النوع من الولادة بالولادة المخالفة للطبيعة وبالشاقة غير ان التسمية التى اخترناها هى التى استعملها بقراط وكذا غيره من المتأخرين ايضا ونعنى بها جميع الاحوال التى تستدعى استعمال الصناعة والاولى ان يؤسس تقسيم هذا النوع على طبيعة الاسباب التى تصير الولادة عسرة

وتلك الاسباب تنسب للمرأة او للجنين فبعضها يحصل فجأة وهذه تسمى عارضة وبعضها وجد من قبل وتستدعى ان الطلق اذا حصل يكون عسرا وهذه تسمى بالمتقدمة

فالاسباب العارضة اى الفجائية منها المرض الثقيل كالتهاب المخ او اغشيته او ذات الرئة او ذات الجنب او التهاب البريتون او الرحم او نحو ذلك مما يظهر مدة الطلق ومنها النزيف من اى نوع كان بحيث ان كثرته تعرض للخطر حياة المرأة او جنينها ومنها الانقباضات التشنجية والاغماء وتمزق الرحم وخروج الحبيل السرى قبل اوان خروجه والفتق والانورسما والربو والضعف العظيم وبعض الاوضاع التى لا تصير معيبة الا بعد الاجاوع الاول

والاسباب المتقدمة هى عيوب الحوض وعدم انتظام اعضاء التناسل او وجود بعض امراض فيها او وجود حصاة فى المثانة وورم ليفى او غير ليفى فى التقعير والاوضاع المستعرضة للجنين وتشوهاته وامراضه

وهذه الاسباب المختلفة انما هى اشياء مضاعفة للولادة فينتج من ذلك ان ديستوسيا اى عسر الولادة يشمل كل ولادة مضاعفة بغيرها كما ان اوتوسيا اى الولادة السهلة تشمل كل ولادة بسيطة

(الفصل الاول)
(فى عسر الولادة العارض)

(المبحث الاول)
(فى التعريف)

من

من المعلوم عند جميع الناس ان الحركات العنيفة للولادة تزيد في خطر النزيف زيادة عظيمة مهما كان نوعه سواء كان رعافا او نفث دم او قيء دم او بول دم او نزيفا رحميا فالاربعة الاول يسلك فيها ما يسلك في النزيف عموما فان دام السيلان بعد ذلك لزم ان تحصل الولادة باسرع ما يمكن واما الخامس وهو النزيف الرحمي فهو الكثير الوجود والعارض الثقيل الذي يلزم البحث عنه هنا لا كعارض مضاعف للطلق فقط بل ايضا كمرض ذاتي متميز يصيب الحوامل واما النزيف الحاصل من تمزق الرحم او بعض الاوعية المجاورة لها فالبحث عنه يكون في فصول اخر

فالنزيف الرحمي يسمى بالكامن او الدفين اذا سال من الاوعية واحتبس في الرحم ولم يخرج الى الخارج ويسمى ظاهرا اذا خرج من اجزاء التناسل اولا فاولا وانقذف الى الخارج

(المطلب الاول)

(في اسباب النزيف الرحمي)

المعروف نوعان من الاسباب اسباب منتجة واسباب متممة وله ايضا اسباب مهيئة.

الاول الاسباب المهيئة ذكروا في جميع الازمنة السالفة ان بعض النساء قد لا تلد الا اذا حصل لها هذا النزيف وامثلة ذلك كثيرة فقد ذكروا ان الذي اشتغل بهذه المسئلة في بلاد الانقليز امرأة ولدت تسع مرات بمصاحبة هذا النزيف واخبرته بذلك حينما نادت له في العاشرة ويصح ان يوضح هذا النزيف في بعض الاحوال باندغام المشيمة في عنق الرحم بناء على ان النساء اللاتي شوهد فيهن هذا الاندغام بهذه الكيفية في اول ولادة يخاف عليهن الخطر من مشاهدة ذلك فيهن في الولادات الآتية وذكر انجلبي امراة حصل لها ذلك ثلاث مرات واخرى عشر مرات غير ان سبب ذلك وان كان موجودا في عدم حالة المرأة الا انه قد يعرض ايضا الذوات الامزجة الرخوة والعصبيات واللينفاويات والرقاق والشقر اللواتي بكرن بالحيض وكان سيلانه منهن غزيرا

واللواتى فيهن ماعدا ذلك حساسية قوية وجلدهن رقيق واعينهن مع ذلك كبيرة وخدودهن موردة فينبغي للمولد ان يحترس عليهن من هذا العارض متى حان

الثانى الاسباب المنتجة * جعل بزوس ومن بعده السبب المنتج الرئيس للنزيف هو انفصال المشيمة قال المؤلف ويظهر لى ان هذا الرأى غير قوى لانهم جعلوا النتيجة سببا فان انفصال المشيمة ليس هو المنتج للنزيف وانما النزيف هو الذى فصل المشيمة فالضربات والسقطات والوثبات العظيمة يصح ان تزعج الرحم وما فى باطنها لكن من حيث ان البذرة تكون كتلة علوة وملامسة بدون واسطة لجميع سعة تجويف العضو المحتوى عليها فاشد انزعاج واضطراب يعسر ان يكون كافيا لفصل هذه المشيمة مادامت الاغشية غير متمزقة عسرة ومرانة كالمشيمة مثلما تنفك من فعل عنيف لسائل يجتهد فى ان يمر بانقذاف فى باطن العضو ومن العجيب ان هذا الرأى بقى مدة طويلة مقبولا عند كثير من مشاهير الرجال مع انه اذا اختبر لم يؤخذ منه توضيح النزيف الرحمى وذلك لان فى كل وقت يشاهد حصول هذا الانفصال كلا او بعضا فى اثناء الولادة الطبيعية مع انه لم يكن هناك نزيف اصلا على ان هذا الرأى استند على هيئة تشريحية غير موجودة لان البذرة منطبقة على سطح الرحم انطباقا بسيطا الا انها منضمة به انضماما متينا فالمشيمة والرحم لا يتصلان ببعضهما الا بواسطة مسام لا بواسطة افواه وعائية غليظة فالظاهر ان السبب المنتج للنزيف الرحمى مشابه لبقية انواع النزيف كالرعاف مثلا فالتصعدات الدموية تحصل فى الرحم كما تحصل فى الانف من تأثيرا حتقان موضعى ووفور دموى وحالة تهيج مخصوصة فاذا وصل هذا الوفور الى درجة ما تصاعد الدم بقوة تختلف شدتها من سطح يختلف اتساعه كما يحصل ذلك عندما تكون الرحم فارغة نعم يحتاج الى اندفاع قوى لان البذرة التى قهرت على الانفصال لتفتح مسلكا له تعارضه وتقاومه يقينا وبالاختصار يظهر ان كيفية حصول النزيف الرحمى الغير الناشئ عن داء جرحى واحدة فى اى زمن كان

وبأى حالة كان فى مدة الحمل او فى مدة الولادة

الثالث الاسباب المتممة * الاسباب المتممة للنزيف الرحمى كثيرة ويمكن نسبتها للحالة العامة للمرأة وللحالة المخصوصة لاعضاء التناسل وللعوارض الحاصلة من الاسباب البادية

وذكراستول وغيره ان فى بعض الامراض الوافدة جميع الداءآت الصفراوية يصحبها نزيف رحمى وذكروا من ذلك ايضا الامراض الديدانية وبعض آفات القناة الهضمية وجميع التشوشات الخفيفة التى تصحب الارتداعات السمباوية فى الرحم فالتعب وكثرة الرقص والفرجة فى الملاعب والسهر الطويل واستعمال الاغذية المنبهة والسائلات المسخنة والمسهلات والاستحمامات الفاترة والجواهر المسقطة والانزعاجات النفسانية وجميع ما يكثر السائل الطمثى ويكربه جميع ذلك قد يحدث هذا النزيف ومثل ذلك ايضا قرحة العنق وبوليبوسه والاورام الليفية وغيرها فى سمك جدران الرحم اوفيما يجاور سطحها الظاهر والافعال المحرمة الغير اللائقة لاعضاء التناسل وكلما يجذب السائلات نحو الحوض والحركات القوية ورجة العربانات وركوب الخيل والعنف فى حمل ثقيل اورفعه والسعال والقيء والارتجاج الحاصل فى الجذع من سقطة على القدمين اوالركبتين او الاليتين والضربات على البطن اوالحوض وامراض المستقيم والمثانة وجميع احوال الامزجة والامراض والحالات الطبيعية والعارضة القابلة لان تحدث احتقانا دمويا وجميع ما يسبب الاسقاط بحيث ان نفس الحمل والولادة من الاسباب القوية للنزيف الرحمى

الرابع اندغام المشيمة على عنق الرحم * ينضم للاسباب السابقة سبب قد يكون فى بعض الاحوال سببا خاصا ذاتيا للنزيف يحدثه وحده وهو اندغام المشيمة على عنق الرحم وامثلة ذلك كثيرة فى كتب المؤلفين ثم ان المشيمة سواء جاورت فوهة الرحم بمركزها او بجزء آخر قريب اوبعيد لداثرتها تنتج نزيفا صفته المميزة له هو انه لا يظهر غالبا الا فى الاشهر الاخيرة من الحمل عندما يبتدأ اتساع العنق من اعلى الى اسفل وليس عندنا ما يدل على انه قد يحصل احيانا فى الشهور

الثالث وان جزم بذلك بعضهم والمؤلفون نسبوا ذلك لتمزق الاوعية الرحمية المشيمية * قال المؤلف ولقد غلطوا فى ذلك يقينا بتوهمات نظرية او ظاهرات كاذبة تشريحية وها انا اذكر ذلك مما تحققته من مشاهدات كثيرة اجتنيتها مع غاية الاحتراس

وذلك ان المشيمة اذا اندغمت على العنق فان هذين الجزئين ينموان معا الى نحو الشهر الخامس او السادس او السابع بل احيانا الى ثمانية اشهر ونصف وتلك الاختلافات يتضح سببها جيدا اذا اخترنا ان احد الاسباب المظنونة لذلك الاندغام هو النمو الغير الاعتيادى للرحم ثم بعد ذلك يبعد ما حوالى الفتحة عن المركز بسرعة بحيث ان جزءا من البذرة التى تعظم شيأ فشيأ يبقى غير ملتصق بشىء من الرحم وهذا الجزء الذى هو رخو وعائى يمكن ان ينجذب فينشق بل يتمزق فيتولد منه نزيف يخاف منه على الجنين اكثر من الام ومن جهة اخرى لا يحصل تغيير المحل المذكور بدون ان يتهيج الجزء السفلى من الرحم ويصير محلا لوفور دموى واحتقان واضح فعند ذلك يضاف السبب المنتج العام للنزيف للسبب الخاص القائم من وجود المشيمة على العنق ثم من المعلوم ان هذين السببين اعنى تمزق بعض اوعية من نسيج المشيمة وحالة احتقان الرحم قد يوجد كل منهما منعزلا عن الآخر وانه اذا كان الاول يسبب الثانى غالبا جاز ان يوجد وحده وان الثانى اذا وجد من قبل يبقى بحيث ينتج خطرا قريب الوقوع بدون ان يحتاج للاتحاد مع الثانى مع ان من المعلوم ان الضربات والوثبات والانزعاجات الشديدة وبقية اسباب النزيف الرحمى الاعتيادى قد تحدثه ايضا فى حالة اندغام المشيمة على الفوهة فينتج ذلك ان السبب القريب لهذين النوعين من النزيف واحد وهو الوفور الدموى واسبابهما المهيئة واحدة غير ان وجود المشيمة على العنق يكون سببا متمما مخصوصا قويا فى نفسه يكفى وحده لاحداثهما واما من جعل ذلك سببا لا بد منه للنزيف فقد غلط وعندنا امثلة لذلك فالمشيمة قد تنفصل كلها وتنزل فى المهبل بدون ان يحصل من ذلك نزيف فقد شوهد نزولها قبل الجنين باربع ساعات

بدون

بدون نزيف خفيف
الخامس نزيف من اوعية الحبيل السرى والمشيمة * ظن المعظم الآن ان القنوات الوعائية للحبيل السرى قد تتمزق مدة الطلق ويحصل من ذلك نزيف ثقيل وقد ذكروا احوالا فيها تمزق غير تام للحبيل مع نزيف فى مدة الطلق ولم يكن فى الحبيل صرولا برم وامثلتها كثيرة وشاهد مؤلفنا من ذلك حالتين احداهما انه حالة خروج الطفل تمزقت اوعية بين الامنيوس والسلا وثانيتهما ان الحبيل والامنيوس خرجا وحدهما بعد الولادة وبقيت المشيمة والسلا فى عمق الرحم احتيج لادخال اليد لاجل اخراجهما قال المؤلف ونحن لا ننكر امكان النزيف من تمزق الحبيل غير ان المشاهدات التى اسس عليها ذلك اذا بحث فيها بحثا جيدا وجدت غير مفيدة ثم ناقش فى تلك المشاهدات وانهى كلامه بان قال يصح فى الحالة الراهنة لمعارفنا ان نختار ان نزيف الحبيل ممكن لانه مبرهن عليه

والعروق المسرية وفروعها المنفرشة على الوجه الجنينى للمشيمة قد تتمزق احيانا وعندنا لذلك امثلة كثيرة لكن ذلك انما كان لكونها قبل ذلك كانت مريضة والغالب ان يكون ذلك فى الاشهر الاول من الحمل فحينئذ يموت الجنين ويحصل الاسقاط ولا يشاهد النزيف الا بالبحث فى الجنين * قال المؤلف وكثيرا ما وجدت اجنة لها ستة اسابيع اوشهران محاطة باغشيتها ومنفصلة كلا او بعضا عن جبيلها وقرب تلك الحبيلات نشاهد قطع من دم متجمد وتارة اكياس صغيرة انورسمية اودوالية على الحبيل اوعلى التقاسيم الثانوية لهذه الاوعية وجدنا ان تلك الاكياس رقيقة جدا تتمزق بادنى قوة وذكر الجليبى نزيفا ناشئا من تمزق عرق مركزى من المشيمة وحصل منه انصباب رطلين من الدم بين الرحم والمشيمة فيكون ذلك مثالا جديدا لنزيف باطنى يدل على ان هذا النوع من النزيف يندر ان يكون خطرا قبل ان يتحول الى نوع آخر وذكر الجليبى فى حالة اخرى من تمزق المشيمة قطعة دم متجمدة وزنها ثمانية عشر اوقية

وبعضهم رأى ان النزيف كثيرا ما يحصل من الوجه الوحشى للمشيمة بعد انفصالها كلا او بعضا مهما كان محل اندغامها وايد ذلك يوجير فى رسالة الفها فى هذه المسألة بمثال ذكره الطبيب ميرى وهو ان جنينا شوهدت اوعيته خالية من الدم لكون امه ماتت بنزيف بريتونى وبامثلة غير ذلك الا ان هناك امثلة اخرى وتجربيات فى الحيوانات تثبت خلاف ذلك اى ان الجنين لا يموت باستفراغ دمه فى النزيف الرحمى غير ان هذا الرأى غير قوى الادلة فى رسالة الطبيب يوجير

(المطلب الثانى)

(فى تشخيص النزيف الرحمى)

النزيف الرحمى له علامات عامة وعلامات مخصوصة ومن العلامات العامة ما يعلن بالنزيف ومنها ما يصاحبه او يعقبه

الاول العلامات المقدمة * قد يظهر هذا النزيف فى بعض النساء بدون علامات مقدمة وفى بعضهن يسبقه غالبا انخرام واضح فى وظيفة من وظائف الجسم او اكثر فقبل ظهور الدم ببعض ساعات بل ببعض ايام يحصل للمرأة تعب فى بدنها وملل فى الاطراف وثقل وخدر فى الحوض وحرارة وقشعريرة متعاقبان فى جميع الجسم وبعض عطش وضعف شهية وشبه نسيم وحرارة يصعدان للرأس فيحصل فيه دوار ويحمر الوجه او يصير كالحا والنبض يكتسب قوة وتواترا وسرعة والغالب ان توجد حركة حمية حقيقية

الثانى العلامات التى تدل على وجود النزيف * اذا سال مقدار عظيم من الدم بحيث يخاف منه الخطر فقد النبض قوته وصلابته فيصير غير منتظم مرتعشا والوجه يكلح والجلد يبرد ويحصل على التعاقب بسرعة غريبة فور فى الابصار وطنين فى الاذن وضعف فى المعدة وتثاوب وتمطى وغشيان وفقد للحس والحركة واغماء بل وحركات تشنجية

ويتبع العلامات المقدمة سيلان الدم للخارج فى النزيف الخارجى وهذه الصفة واضحة جدا للتمييز غير ان فى بعض النساء قد يشتبه النزيف الحقيقى

بالسيلان

بالسيلان الطمثى البسيط فبودلوك عمل غاية جهده فى ايضاح هذا الجزء من التشخيص فظن ان الحيض مدة الحمل يختلف عن النزيف الرحمى بان لا يكون معه الم ولا فعل عنيف ولا انخرام زائد فى الصحة ولا وقوع دموى سابق وبان السائل يكون مصليا قليل التلون ولا يتجمد وبانه قليل وينتهى فى يومين او ثلاثة او اربعة ويظهر فى الادوار الاعتيادية للحيض ولا يضعف المرأة وانما يعقبه صحة جيدة عامة وانطلاق فى ممارسة الوظائف وعكس ذلك يشاهد فى النزيف الحقيقى * قال المؤلف واذا تومل فى ذلك شوهد ان هذه الصفات تختلف فى الغالب * فاولا من المحقق ان الحيض فى كثير من النساء قد يسبقه نفس اعراض النزيف الاكثر خطرا * وثانيا ان النزيف لا يكون دائما مصحوبا او مدلولا عليه بالعلامات العامة السابقة فيمكن ان يكون لطيفا جدا فى الابتداء ومكونا من دم مصلى او حامل لمادة ليفية ويكون موافقا لزمن الطمث ففى الحقيقة حيث كانت كيفية حصول الطمث مثل كيفية حصول النزيف لم يمكن تمييز هاتين الظاهرتين عن بعضهما بعلامات خاصة ذاتية وزيادة على ذلك ان هذا التشخيص الاختلافى لا يفيد شيأ لان النزيف ان كان خفيفا لم يحصل ضرر فى الوظيفة الطمثية من استعمال الاحتراسات التى تستدعيها الصناعة فان خرج الدم بقدر اركاف بحيث استدعى الوسائط القوية جدا كان لا فائدة فى الاجتهاد حينئذ فى فصل الطمث عن النزيف الرحمى

الثالث ينقسم الآن النزيف الباطنى الى اربعة اقسام احدها ان الدم يمزق الاغشية ويخرج من باطنها وثانيهما ان لا يحصل الا بعد الولادة فلا يلزم ان نشتغل به الآن وثالثها لم يتنبه له الا قليل من الممارسين مع انه غير نادر وصفته احتباس الدم وتراكمه فى المهبل وشوهد هذا كثيرا غير انه لم يلبث قليلا حتى يصير ظاهريا وهو وان امكن حصوله مدة الطلق بل مدة الحمل ايضا الا ان الغالب مشاهدته بعد الولادة واما رابعها فالدم فيه يتراكم بين المشيمة والاغشية والجزء المقابل لها من الرحم فتتكون منه بسرعة مختلفة قطعة متجمدة عدسية تضغط على البذرة وتقهر الرحم على ان تتمدد تمددا ميخانيكيا

لتقبل السائل المنصب لكن نقول نعم المشاهدات وان كانت تمنع التعقل الا انه يلزم ان تكون غير منازع فيها بان تكون جيدة المشاهدة مناسبة التأويل فيصح ملاحظة هذه الشروط فى جميع الامور الواقعية المذكورة لتقوية النزيف الباطنى اليس من المحقق ان الدم الذى فى كثير من الاحوال يسيل بكثرة وقت تمزق الاغشية لا ينصب اولا فى باطن الامنيوس فكيف يدرك ان الذى يخرج من الاوعية الرحمية بكمية قليلة يمكن ان يمدد الرحم فجأة تمددا عظيما مع انها كانت قبل ذلك ممتلئة بالبذرة امتلاء تاما ولا ينزلق بين هذا العضو وما احتوى عليه لينصب خارجا عن تجويفه كيف يختار ان التصاق المشيمة الذى هو ضعيف طبيعة يقاوم حركة الدم الذى يجتهد فى ان يفعل تجويفا اكبر من مقاومة الرحم التى لا تنقاد الا بعسر فقصارى الكلام ان الدم يسيل الى الخارج بعد ان ينفصل الاغشية او يمزق البذرة وينصب فى تجويف الامنيوس فاذا بقى بين المشيمة والرحم لم يمكن الا فى حالة نادرة ان يتراكم هنالك بكمية عظيمة حتى يتكون منه نزيف خطر فالنزيف اذن لا يتميز عن النزيف الخارج الا بعدم وجود الدم فى الخارج او بالنمو الغير الاعتيادى للرحم والبطن

الرابع نزيف مع اندغام المشيمة فى العنق * النزيف الحاصل من ارتباط المشيمة فيما حوالى الفتحة كثير جدا بحيث عد منه اثنان واربعون مرة من ثلاث وستين من النزيف العارضى حتى ذكر بورن ان ثلثى النزيف الكثير ناشئ من اندغام المشيمة على العنق والثلث الباقى من ارتباطها بما حوالى الفتحة وعلى رأيه ان النزيف الذى لا يجذب معه لزوم الولادة ينشأ من انفصال محال اخر من البذرة ومع ذلك فالمناسب فى حالة ما اذا مات الطفل من ذلك ان يكون الدم آتيا من العنق ومهما كان فيميز هذا النزيف عن غيره بكونه لا يظهر قبل الخامس وان الدم يسيل اولا بكمية قليلة ويقف من نفسه ثم يظهر بكثرة بعد اسبوع او اسبوعين وبانه يعرض غالبا بدون سبب ظاهر وبدون علامات مقدمة وبانه يرجع فى ازمنة تكون اقرب والكمية اكثر كلما كان الحمل اكثر

تقدم ماوبان الدم فى زمن الطلق يخرج خصوصا مـدة الانقباض لا فى ازمنة الفترة كما يحصل لغيره من الانواع فاذا ابكر ظهوره لم يسل الا بمقدار قليل ولا تضعف المرأة الا بيطئ واطرافهما يحصل فيها الاوذيما ويعرض لها انتفاخ فى الوجه وارتشاح فى الساقين ويذهب منها لون الشفتين ويصير الجلد اصفر كابيا كلون الشمع فى جميع سعته وهذه العلامات هى الرئيسة الا انها قد لا توجد فى ابتداء النزيف ومتى اريد ازالة الشك اضطر للجس فتوجد الفتحة فى العادة رخوة جدا متسعة ويستشعر بدل الاغشية بجسم اسفنجى داخل فى الجزء العلوى للعنق كما يحصل ذلك فى رأس مخروط واسع القاعدة لكن ينبغى الحذر من ان تشتبه قطعة جامدة من الدم بالمشيمة وان لا يفعل هذا اللمس الا اذا احتيج اليه وان هذا البحث ربما جدد النزيف باتلافه التجمدات التى وصلت البنية بمساعدتها الى قطعه

وقد لا يتبع النزيف الحاصل من اندغام المشيمة على العنق هذا السير الذى ذكرناه فقد شاهد دوبرلة عروضه فى الشهر السادس وانقطع من نفسه ولم يرجع الا وقت الطلق وشاهده دبرموس مرة فى الشهر الخامس وفى جميع السادس وكثر جدا بحيث قهر على الولادة وذكر المؤلف عروضه فى التاسع ولم يصر ثقيلا الا قرب الولادة مع كون المشيمة مثبتة بمركزها على الفتحة ووضح ذلك دوبرلة بقوله ان المشيمة تمسك العنق فتمنع زيادة اتساعه او تطيعه بدون ان تتمزق لكن اثبت المؤلف العكس اى ان المشيمة يمكن ان تنفصل انفصالا زائدا بدون ان ينتج من ذلك نزيف فيتبع ذلك ان الحالة التى ذكرها دوبرلة وان كانت فى الواقع صحيحة الا انها لا تنفع فى معظم الاحوال فان فى احوال اخرسيما اذا كان ذلك فى الحمل الاول والرحم مائلة جدا الى الامام يكون العنق منفتحا قليلا ومرتفعا بحيث ان الدم يمكن ان يتراكم من الاسفل بكمية قليلة وينتج من ذلك ما يشبه النزيف الباطنى

الخامس اذا كان النزيف ناشئا من تمزق بعض اوعية المشيمة او الحبل كانت صفته انه يميت الجنين بسرعة ولا يضعف الام الا فيما بعد وبالجملة يحصل منه

ولا بد كما فى الاحوال التى ينصب فيها الدم فى باطن الاغشية ثقل فى الحوض والخثلة وجذب فى القطن والاربيتين وقرب المعدة والذى يقف فى المهبل بحيث يسدده يتسبب عنه ماعدا اعراض النزيف الباطنى آلام شديدة فى جانب الرحم وزحير وتطلب كثير للبول واحساس بثقل عظيم فى الدبر

(المطلب الثالث)

(فى انذار النزيف الرحمى)

الخطر الذى يحصل من النزيف الرحمى يختلف باختلاف الاحوال كالسن وقوة المريضة ونوع كثرة الدم وزمن الحمل ومهارة القابلة ففى الازمنة الاول من الحمل يندر ان لا تنجو المرأة من الخطر وانما يخشى على الجنين لان الاجهاض لازم له فى الغالب اما فى الاشهر الثلاثة الاخيرة فان حياة الجنين تحفظ فى الغالب واما حياة المرأة فيخشى عليها كثيرا فلذلك نقول الخطر للمرأة يكون اعظم كلما تقدم الحمل وعكس ذلك فى الجنين لكن هذه القاعدة اغلبية كما عرفت والنزيف فى الاسقاط قد يصير بتكرره خطرا وامثلة ذلك كثيرة والنزيف الظاهر اقل خطرا من الباطن لان فى هذا الاخير يكون الداء فى الغالب اقوى من وسائط الصناعة حينما يدرك واما الاخر فتسهل معرفته من الابتداء وحياة الجنين تكون مهددة جدا بالخطر اكثر من حياة الام فى حالة نزيف الحبل او المشيمة وعكس ذلك فى النزيف الرحمى الحقيقى فاذا جاء النزيف بقوة بحيث كان يخرج من الدم عشرة ارطال فى مسافة نصف ساعة كما شوهد ذلك مرة كان الخطر قويا لكن يندر وصوله الى تلك الدرجة مدة الطلق فاذا قتل فجأة ولو كان خفيفا كان ذلك من عروض تمزق فى القلب وليس الخطر فى النزيف باعتبار كمية الدم السائل وانما ذلك يكون بحسب النتيجة التى تحصل منه فى الجسم البشرى عموما فان من النساء من سكنت حدتها بفقد رطل او رطلين من الدم ومنهن من تفقد بقدر ذلك مرتين او ثلاثا بدون حصول مشقة لها ولا حاجة لان ننبهك على ما هو معلوم من ان الاقوياء الدمويات يتألمن من النزيف اقل من اللينفاويات الضعيفات * فاذا نجت

المرأة من الموت في حالة النزيف الكثير فلا اقل من ان يخاف عليها الخطر من رجوعه ومن الارتشاحات العمومية او الموضعية والالتهابات البطيئة في الرحم والبريتون وصفاق الصدر والتامور والآلام العصبية من جميع الانواع واما الخطر الوقتي فيحكم به على حسب ثقل الاعراض المشاهدة فمتى لم يكن الضعف قويا وكان النبض حافظا لقوته وصلابته وتلون الجلد وظهرت تخاطيط الوجه بدون تغير واضح لم يحصل من النزيف تعب ولا قلق عكس ما اذا كان الوجه باهتا والاطراف باردة والنظر متكدرا والنبض ضعيفا ثم مرتعشا غير منتظم ويقل الرجاء اذا حصل فقد الحس والحركة وعرض اغماء وتشنجات

ثم ان موت الجنين وان كان هو الغالب للنزيف في الاشهر الاربعة او الخمسة الاول من الحمل وان اللازم في الغالب خلو الرحم فيما بعد ذلك الا ان من الغلط ان يستنتج من ذلك انه لا يمكن ازالة انتهاء جيد لان من الثابت ان النزيف الخفيف سيما في الازمنة الاول من الحمل يقف حالا من المعالجة الجيدة فلا يزال الطفل باقيا على نموه الى تمام الحمل بل شوهد ان الدم صار يسيل بحيث ضيف على حياة المرأة ومع ذلك لم يحصل الاجهاض فمن ذلك ما ذكره بربوت في امرأة لازمت سريرها من الشهر الرابع الى ابتداء التاسع بسبب نزيف كان يأتيها زمنا فزمنا ومع ذلك ولدت ولدا حيا مثل غيرها وشاهد المؤلف امرأة اصيبت بنزيف كثير في الشهر الثالث من حملها الثاني ففقدت نحو رطلين من الدم في مسافة ست وثلاثين ساعة ومع ذلك لم يحصل لها اجهاض واعظم من ذلك ما ذكره الحكيم قورسام في امرأة اصيبت بضربة على البطن فحصل لها نزيف في الشهر السادس ثم ظهر مرات كثيرة في السابع مع قوة عظيمة بحيث انه خرج في مرة منها نحو اربعة ارطال ومع ذلك حصلت الولادة بعد كمال الاشهر ووجدت المشيمة مندغمة في قعر الرحم

(المطلب الرابع)

(في انتهاء النزيف الرحمي)

النزيف الرحمي يظهر انه كثير في جميع البلاد ويشفى بثلاثة كيفيات * الاولى ان الدم الذي يخرج الى الخارج يكون احيانا في نفسه دواء فانه اذا ازال احتقان الرحم ازال الوفور الدموي منها ولا يبقى فيها احتقان اصلا وترجع لها موازنتها الاعتيادية فالوفور يصح ان يكون في العنق او المهبل او الجزء السفلي من الرحم فلا يفسد الالتصاقات الاصلية للبذرة بل تبقى سليمة ولا يتعوق فوها الا يسيرا والمشيمة وان انفك التصاق جزء منها بسيلان الدم على سطحها الوحشي فقد تبقى مع ذلك في محلها وينقطع النزيف وتبقى حياة الجنين محفوظة كما في غير ذلك من الاحوال * والثانية ان ينقطع النزيف بعد ان يدوم زمنا طويلا والبذرة وان انفصلت وحصل فيها بعض تغير لا تندفع بل تبقى في الرحم مدة يختلف طولها * والثالثة وهي الغالب ان تحصل انقباضات رحمية وفي تلك الحالة تغاث المرأة بالاسقاط او الولادة او قلب الجنين او بوضع جفت الولادة

وتمسك بروس بان النزيف اذا انقطع جاز ان يحصل في الاجزاء التصاق جديد وذكروا لذلك مشاهدة تقوي به لكن طعن فيه المؤلف ونقل عن بعضهم واقره انه متى فسد انضمام البذرة بالرحم بسبب الوفور الدموي لم يمكن رجوعه فاذا لم يحصل من ذلك اجهاض ولا ولادة ولا موت الجنين فما ذلك الا لكون التنبه النزيفي حصل خارجا عن حدود المشيمة وكيفية ما يحصل كما دلت عليه المشاهدات هو انه حالة كون الدم مقهورا على ان ينزلق نحو العنق يترشح جزء تختلف سعته من كتلة المشيمة او من الغشاء الساقط فتتكون جلطة اي خثرة اولى من الدم ثم ثانية ثم ثالثة وتصير تلك الطبقات المختلفة السمك كثيرة حالا اذا ابطأت شدة الوفور النزيفي فتحدث ضغطا يعين على حفظ الدم في عروقه الخاصة به وقطع تلك الجلط للدم ليس لكونها تسد فوهات عريضة او غلاظ جذوعا غليظة وعائية وانما لكونها تتكون على هيئة صفائح او اقراص تسد مسام الرحم فحركتها هنا كحركتها فيما اذا تراكمت في الانف وقطعت الرعاف

فاذالم يشغل النزيف مسافة واسعة بقى الطفل حيا كشجرة ازيل جذر او اكثر من جذورها فالتشرب يزيل الجزء السائل وتجمد الطبقات الليفية وتبقى الى ان تحصل الولادة بدون ان يتسبب عن ذلك التصاق حقيقى جديد للجزء الحامل لها * قال المؤلف قد شاهدت شابة اصيبت بنزيف خفيف ثلاث مرات فى الشهرين الاخيرين من حملها الاول وكانت الفترة بين المرات خمسة عشر يوما وولدت كغيرها بدون اعتبار شئ مخصوص فوجد على سطح المشيمة ثلاثة اقراص متميزة عرضها نحو ثلثى الريال الفرانسا وكان احدها الاقرب الى حافة المشيمة مكونا من جلطة حمراء ايضا عدسية يعصر فصلها من المشيمة وثانيها مكونا من تجمدات ليفية امتن من الاولى وقليلة التلون وثالثها على هيئة اثرة التحامية فمن الواضح ان هذه الثلاثة مجاورة لمحل الانزفة الثلاثة التى حصلت قبل الطلق * ثم قال المؤلف فاظن وفاقا لمورسوس وغيره ان المشيمة التى انفصل جزء منها يجوز ان تبقى فى الرحم ويقوى هذا الرأى ايضا بالتغيرات الكثيرة التى شوهدت على السطح الوحشى للمشيمة فى بعض النساء اللاتى ولدن بعد كمال الاشهر اولادا احياء وذلك كالهيئة العظمية والاسقيروسية والبورة الصديدية والديدانية وغير ذلك مما شاهده الاطبا

(المطلب الخامس)

(فى معالجة النزيف الرحمى)

من المحقق ان النزيف الرحمى فى الحوامل مرض يستدعى غاية الامعان والمعرفة والمهارة فان زيادة ثانيتين فى مدة هذا العارض او نقصهما قد تؤدى الى موت شخصين عزيزين او حياتهما ولذا كان من المهم اختيار الدواء واستعماله بوجه مناسب والوسائط التى يلتجأ اليها فى ذلك كثيرة جدا فمنها ما يوضع فى جميع الاحوال بدون تمييز ومنها ما لا يستعمل الا فى بعض احوال مخصوصة

الاول المبردات * الراحة والحمية والنوم على سرير من شعر لا من ريش فى اوضة مظلمة لا شديدة الضوء خالية من اللغط مطلقة الهواء لا حارة ولا مقفولة

والمشروبات المحللة او المحمضة الباردة جميع ذلك يكفى فى الغالب اذا استعمل فى الابتدآء وكان التزيف خفيفا وقد مدحوا لها الوضع الافقى وعدم الحركات العنيفة وظن بعضهم انه ينبغى للاحتراس من التزيف ان تحفظ المرأة باردة مدة الطلق ومدح ايوان عند حصوله وضع قطع صغيرة من الجليد او من سائل متجمد فى الباطن وكذلك بورن لم يعادل بالبارد غيره وقال انه يعين على تجمد الدم فى اوعيته المخصوصة فهو يخلف الربط فى تأثيره وزعم اولفيير انه شفى التزيف بمساعدة خرق من جوخ مبلولة بماء بارد فى امرأة اجهضت بسبب التهاب عفن فى البلور او حصل النجاح ايضا لبعضهم من استعمال السكب البارد على الخثلة فى نزيف حصل عقب اسقاط او ولادة * قال المؤلف ولننبهك على ان استعمال المبردات فى مثل تلك الحالة اذا كان بدون تلطيف قد يحصل منه خطر فقد يصير سببا لالتهاب رحمى او نوع آخر من الالتهابات كالالتهاب البريتونى كما شوهد ذلك فان كانت المرأة قوية وسيما اذا كابدت العلامات المقدمة وكان معها قشعريرة ودلت حالة النبض على الامتلاء فصدت من الذراع فيخرج منها ست اواق او سبع من الدم

فاذا لم تنجح هذه الوسائط الخفيفة فى الابتدآء ولم تكابد المرأة سابقا علامات الوفور الدموى وكانت بالطبيعة ضعيفة امر لها بالمحولات والمبردات من الظاهر وبالاستحمامات اليدية البسيطة او الخردلية او المروحات الجافة على الاطراف الصدرية وعلى الصدر وطول السلسلة وتوضع المحاجم العريضة على الثديين وقد اتفق فى حالة فيها نزيف مع ضعف انه نجح وضع حراقة على الخثلة ومن النافع ايضا رش ماء بارد نقى او محمض او اتيرى او نوشادرى على البطن والجزء الانسى من الفخذين ويصح ان يوضع على ذلك ايضا رفايد مبلولة من تلك السوائل او ماء جليدى ومما استنبط من التجريبات الكيماوية وضع محلول تحت كربونات النوشادر على الخثلة فانه من الوسائط الثمينة الموقفة للدم

والطبيب بورن مدح الشب كثيرا وكثير من المجربين وجد منافع كثيرة

في

من الافيون واعطوه بكمية وافرة كثلاثين نقطة فى مسافات متقطعة اذا كانت قابلية التهيج قوية جدا والسكر الزحلى اعنى خلات الرصاص مستعمل هنا كثيرا ومدح الديجيتال كثير من الانقليزيين لكن جميع هذه الوسائط قليلة الاستعمال بفرانسا * قال المؤلف والذى نتج لى من تجربياتى ان الشب والافيون خصوصا لا بأس باستعمالهما ففيهما منفعة ولذا كان من العقلى استعمال خلات المورفينا لانه حصل منه نجاح عظيم ومثل ذلك ايضا الرتانيا مطبوخة اوخلاصة والبستورتا وشراب السفرجل وقرن الايل واوصى بعضهم بربط الاطراف ربطا قويا فيحصل فى دورة الدم تكدر نافع لقطع النزيف وحيث كانت هذه الواسطة نافعة لذلك كان من الغلط ان يهمل استعمالها لنزول الطمث المحتبس كما امر بذلك بعضهم

الثانى الشيلم المقرن * لا يصح اهمال استعماله فى النزيف الحاصل وقت الطلق فانه بايقاظه اندفاع الجنين وانقباض الرحم يلزم ان يوصل لايقاف النزيف قال المؤلف غير انى لا اشير به هنا الا اذا كان الطلق متقدما جدا فلا خطر فى استعماله فيما قبل السابع لاجل الاسقاط اذا لم يكن فى الجنين امارة حياة وحتم بالاجهاض بخلافه فى الشهرين الاخيرين من الحمل فانه قد يسبب موت الجنين بدون ان يداوى النزيف ثم قال ولا ازال اجزم بان الشيلم المقرن غير مناسب الاستعمال فى النزيف الرحمى متى عرفت حياة الجنين الا اذا ظهر الطلق وتقدم الرأس للمضيق تقدما زائدا

الثالث اللزق الخردلية * قال المؤلف وضع اللزق الخردلية بين الكتفين يستحق انتباه الممارسين وقد استعملتها مرات كثيرة فى احوال مختلفة وتحققت انها من اقوى المحولات وانفعها وتأكد ذلك عندى من مشاهدات كثير من الاطباء واستعملتها فى الاشهر الاول من الحمل وفى زمن الطلق وفيما بين ذلك فكانت نتيجتها سريعة ونظير ذلك ما تستعمله العامة احيانا فى ارياف الاوربا للمرعوفين من وضع مفتاح اوخرق اونحوها مبلولة بالماء البارد بين الكتفين مع ان الخردل سريع فى ايقاظ التشعبات السمباتوية لكن يظهر

بالتعقل ان هذه الواسطة مضرة اذا كان النزيف مصحوبا ببرد فعل عام فى الجسم وكانت اعراض الوفور النزيفى لم تزل فى قوتها ففى مدة الحمل والطلق اذا انفصل معظم البذرة وتحتم اندفاعها يصح ان تنقص هذه الواسطة شدة الوفور الدموى لكن لا ينبغى الاعتماد عليها لقطع نزيف كان قبل استعمالها خطرا متعبا

الرابع استعمل الصب الصاعد على القسم القطنى لكن هذه واسطة تستدعى تغيرات كثيرة حتى تناسب النساء اللاتى معهن نزيف غزير وبعضهم ذكر انه اجتنى نفعا عظيما من استعمال ازوتات البوتاسة بكمية درهم او اثنين او ثلاثة او اربعة او ستة فى اليوم ومنهم من زعم ان من الادوية الثمينة لذلك استعمال قمحتين من الجوهر الدابغ فى كل ساعتين وآخرون ذكروا الاستركنين ومدح لذلك ايضا الايهل بكمية ثلاث اواق مصحوفا باوقيتين خلاصة واربع وعشرين قمحة زيتا وعمل من هذا الجوهر حبوب كل حبة ثلاث قمحات ويعطى من تلك الحبوب من اربع الى عشر ثلاث مرات فى اليوم ووجد لهذا الدواء من يعضده بفرانسا غير ان هذا الجوهر النباتى لكونه حريفا لا يركن الى استعماله استعمالا عاما فاذا كان فى النزيف شائبة تقطع اعطيت الكينكينا وعما اشتهر صيته فى هذا الداء ماء القرفة وصبغتها واما المسك الذى امر به هوف بكمية ست قمحات فى كل اربع وعشرين ساعة فانه مهيج ويعسر استعماله

الخامس السدادة * هى واسطة قديمة الاستعمال ذكرها بقراط وغيره ومدحها قوم وذمها آخرون ونحن لا نقول انها مضرة دائما بل هى كغيرها من الوسائط العلاجية المهمة قد تكون علاجا جيدا من يدى شخص ماهر وقد تصير آلة قاتلة من يدى شخص جاهل فلا يظهر ان من عدم الرأى استعمالها فى ابتداء النزيف ما دامت اعراض الامتلاء موجودة وانصب الدم فى باطن الاغشية وكانت الرحم عديمة الحركة لانها تزيد فى التنبه ويبقى السائل الدموى ممسوكا فى الباطن فيعين على تمدد الرحم تمددا لا حد له ومع ذلك

لم يثبت

لم يثبت الى الآن جيدا ان ضررها حينئذ اكثر من نفعها والتعقل الموافق لكثير من الامور الواقعية يحمل على ظن انها قد تكون من اقوى الوسائط لالزام الرحم بالانقباض وخلاصها من الاحتقان فبهذه الخاصية يخشى من استعمالها اذا خيف سهولة اندفاع الجنين ولا تستعمل الا بعد تأكيد عدم نفع غيرها من انواع المعالجة ولقد اصاب الطبيب بورن فى منع استعمالها اذا كانت المرأة ضعيفة جدا لانه يلزم حينئذ تفريغ الرحم مما فيه باسرع ما يمكن وسيأتى لنا فى فصل تخليص المشيمة انه لا بأس باستعمالها بعد الولادة وقد ثبت من المشاهدات انه لا خطر فى استعمالها فى الاجهاض ولا فى حالة اندغام المشيمة على عنق الرحم خلافا لمن زعم ذلك

ويظهر بحسب التعقل فى الابتداء ان فى حالة اوضاع الجذع وفيما اذا وجدت المشيمة فى الفوهة تكاد ان تعدم فاعلية السدادة لان الرأس والاليتين والظهر او الكتف قد يجهز لها نقطة ارتكاز كافية ولكن قبل تمزق الاغشية حيث كان الجزء الذى حضر يبعد عن العنق عند كل انقباض لم يعتمد على مثل هذه النقطة الارتكازية فبموجب ذلك ليس هنالك ما يدل على ان السدادة غير مناسبة فى جميع اوضاع الجنين

وتجهز السدادة بانواع مختلفة فمنهم من اكتفى بملئ المهبل من مشاق او تفتيل او خرق قديمة او اسفنج وذكر دويس انه ليس بلازم ان يذهب بها الى العنق ومنهم من لف الرفائد لفا اسطوانيا وادخلها الى الفتحة ومنهم من اختار عمل كيس وملأه بجواهر قابضة لكن ابسط الطرق هو ان يفعل شبه قميص او كيس من خرقة رفيعة مدهونة بمرهم بسيط ويدخل فارغا الى طرف الرحم ثم يملأ بكرات من تفتيل او مشاق تيل او شبه ذلك ثم يثبت برباط تائى اى على هيئة التاء الافرنجية وبعضهم امر بدهان السدادة بزيت لكن الظاهر ان ذلك نافع لسهولة ادخالها فقط ولا بأس بما اشار به بعضهم من الخل او الماء المخلل لما ان فعلهما القابض قد يكون نافعا وان كان هنالك دم متجمد او خارج فحينئذ يكون ذلك حاجزا ميخانيكيا وجوهرا اقرباذينيا حيث يقاوم النزيف

منع ذلك وربما مدح لذلك ايضا ثنية من منديل توضع فيها قطعة من جليد وقالوا ان ذلك يزيد فى تجمد الدم الذى اعان على حصوله اولا النزيف نفسه وعلى كل حال فهى سدادة حقيقية اولا لكونها تسد منفذ الدم فتسد اوعية التخثير المجهزة له وثانيا انها تضرس عنق الرحم بما فيها من صفة الاجسام الغريبة والقابضة فتتغير حيوية الرحم وتوقظ فيها خاصة الانقباض وتجدد فيها رد الفعل بحيث يحصل من ذلك حالا اندفاع الجنين

فاذا حصل نجاح من السدادة انقطع سيلان الدم من الفرج وسكنت الاعراض السمباتوية العامة شيأ فشيأ وصارت الخثلة اصلب بدون ان يعظم حجمها واذا لم يتبع ذلك تفريغ الرحم حصل للمرأة بعض زحير وثعنى وثقل فى الحوض واحيانا مغص خفيف وفى عكس ذلك تظهر آلام شديدة وانقباضات رحمية حقيقية وينتهى حال الخلط الدموية والسدادة وناتج العلوق بان تخرج كلها معا اواحدها بعد الآخر خارج اعضاء التناسل

وبعض النساء يحصل لهن تعب من السدادة مع انه لم يكن معهن اثر انقباض وحمى ويسألن الخلاص منها مع الحاح شديد فالذى ينبغى عموما ردسؤالهن متى لم يكن هناك علامات نزيف باطنى لان شكايتهن فى تلك الحالة انما هى تدل لا لتوجع والا فبعد زمن ما يشاهد فيهن انتظام الوظائف نعم اذا اشتدت الآلام فيهن بحيث يخشى تولد عوارض عصبية وتشنجات اجبن لذلك ولاجل ان لا تعرض المرأة لتجديد النزيف تترك السدادة فى محلها اطول زمن ممكن اقله بعض ساعات بل يوم فاذا ظن عدم لزومها كفى ازالة الرباط التائى فاذا لم تكن ممسوكة فى الاعضاء بقوة خارجة نفذت بنفسها من الفوهة بيطئ اذا لم يستحسن استخراجها * والنتيجة الاعتيادية للسدادة فى الطلق وفى الاسقاط هى ايقاف النزيف وتحريك اندفاع الجنين فلا يلتجأ اليها الا اذا لم يكن تعويق الولادة لازما

السادس الضغط * الضغط البطنى ينبغى الحاقه بالسدادة واستعماله كواسطة حافظة فى ابتداء الطلق للنساء المهددين بالنزيف وهى واسطة ثمينة لم يحصل

منها

منها ضرر فتوضع رفائد عريضة مدرجة توضع على القسمين المرتفعين او الخاصرتين والخثلة ويثبتان بحزام البطن او بفوطة ويصح ان تندى تلك الرفائد عند ما بوظيفة السائلات المبردة او القابضة بدون ان تمنع استعمال الادوية من الباطن ولا السدادة وقد ثبت من المشاهدات الكثيرة منفعة الضغط فقد ذكر داتمان انه نال نجاحا عظيما من الخرق المبتلة بالخل مع ضغط شديد على الخثلة وكثيرا ما اوقف الطبيب استول النزيف الشديد بانضغاط الرحم انضغاطا قويا من الجانب الايمن للعوض واستعمل هوتير كيسا مملوءا رملا ووضعه على الخثلة باسم واسطة ضاغطة

السابع توسيع العنق وتمزيق الاغشية * نقول قبل ان نذكر الولادة القهرية ان برنوس ذكر عملية ابسط عنده واوفق بحالة المبذية قال وذلك ان تدخل اصبعا في الفوهة ثم اصبعين ثم ثلاثة وهكذا وتنغمش بها فيتهيج الحمل منها تهيجا خفيفا فاذا لم يكف هذا فابتدا بتوسيع العنق بالمناسب وبالبطئ على حسب ما تقتضيه شدة العوارض فاذا لم ينجح ذلك ايضا فاثقب الاغشية فان الخلو الذي يحصل في البذرة يندر ان لا يعقبه انقباضات اندفاعية من الرحم نعم يحصل للنمن ذلك ولادة قبل اوانها غير انها اقل خطرا للام وجنينها مما اذا استخرج الجنين بالصناعة رجل طبيب لكن ذلك يكون مناسبا على الخصوص اذا حصل النزيف في مدة الطلق او كان الحمل متقدما جدا وقد ناقض هذه الطريقة كثيرون خوفا من تمزق الاغشية قبل اوان تمزقها ومن عدم حركة الرحم وفعله المستطيل على الجنين بعد ذلك حالا ويظهر ان انجليبي فضل هذه الطريقة على غيرها من الادوية وزاد فيها زيادة لا بأس بها وهو انه بعد تمزق الاغشية يرفع رأس الجنين ليسيل الماء فذلك الاحتراس يقهر الرحم على الخلو وعلى ان تنقبض ويمنع الدم من انسكابه في الباطن وبورتون الذي اتفق انه قلب الرأس في ذلك شاهد انه مر بدون ان تستشعر به القابلة فوجد جلطة اي قطعة دم متجمدة كبيرة خلف الطفل وظن هذا الطبيب ان السدادة اقل نفعا من ذلك حتى ولو كانت المشيمة مندغمة على العنق مائلة قليلا الى الجانب

لان الرأس حينئذ يوقف النزيف بنزوله وقد نجحت هذه الطريقة فى ستة احوال مع كوسالن ونجحت فى ثلاثين مرة مع ميرمان فى الشهر الاخير من الحمل وامثال ذلك كثيرة واخترع بعضهم للنغمشة مسبارا مخصوصا لكن الاصبع كاف لذلك * ثم نقول بالاختصار ان تمزق البذرة واسطة قوية للنزيف وفاعليتها اعظم ايضا من السدادة اذا لم يحتج لتقهقر خروج البذرة وقد استعملها سابقا امورسوس ودبونس وعرفا مقدار الاهتمام بها لكن نقول من الواضح ان السدادة ما عدا تمزق الاغشية تتم تقريبا لوازم طريقة بزوس وانه اذا كان النزيف شديدا يكون من الغلط استعمال هذه الكيفية وعدم انهاء الولادة باسرع ما يمكن

الثامن التوليد القهرى * اذا كان الطلق سائرا بانتظام بقطع النظر عن النزيف ولم تفن القوى بسرعة قوية كفى فى العادة ان تنبه الانقباضات كما سبق وتترجى المرأة فى تقوية شجاعتها وتسوية حركاتها العنيفة حتى ان الرحم نفسها تخلص من الجنين المحتوية عليه وتنجح فى قطع النزيف اما فى حالة العكس عند ما لا تسمح ندرة الاوجاع بان يفوض الامر فيها للبنية فيلزم المولد ان يبادر بالتفتيش على الجنين فاذا دخل الرأس فى المضيق العلوى وكان العنق منفتحا انفتاحا كافيا وبالاولى اذا وصل الى التقعير كان المناسب استعمال جفت الولادة وبدون ذلك يحتاج لعملية التحويل ويلزم لتوجيه اليد فى الرحم ان تكون الفتحة متسعة جدا او فيها بعض اتساع فلا يلتجأ لهذه الواسطة الاخيرة التى تستعمل على الخصوص فى النزيف الحاصل من اندغام المشيمة على العنق الا فى الازمنة الاخيرة من الحمل او اذا ابتدأ الطلق قهرا بواسطة الطبيعة او الوسائط التى ذكرناها ومن السعد ان فتحة الرحم تكون فى العادة رخوة وتعطى تمام اللفوذ اذا كان هناك نزيف وزيادة على ذلك ان الخطر اذا كان مكربا كان اللازم كما هو واضح قهر مقاومة الفتحة بقوة عنيفة وذلك اولى من ان تترك المرأة فى احوال محسة اعنى لنزيف صاعق والتوليد القهرى فى حالة النزيف من الطرق القديمة ولا يعرف بالضبط مخترعه

التاسع

التاسع ان يكون السبب هو اندغام المشيمة على العنق * لا ينبغى ان يترك للطبيعة اهتمام انتهاء الولادة بنفسها اذا كانت المشيمة المندغمة فى الفوهة نفسها هى السبب الموجب للنزيف بل ينبغى ان تعمل عملية التحويل باسرع ما يمكن كذا قال رجبى ولكن طلب هذا المؤلف انساع العنق ثمانية خطوط الى عشرة ليس بلازم ايضا اذا كان العنق رخوا كما هو العادة بحيث يمكن ان تنفذ منه اليد

وبعض الممارسين اشاروا فى هذه الحالة المخصوصة بان يفتش اذا وصلت الاصابع للعنق على الجزء من دائرة المشيمة الاقرب من غيره لتتجه اليد لهذا الاتجاه وظن آخرون انه فى احوال التحير اوالتى لا يسمح فيها بالتأنى يكون الاحسن اهمال هذا التفتيش الدقيق وثقب جزء البذرة المحاذى للفوهة وتمزيقه لتمسك حالا قدما الجنين فالاولى من هاتين الطريقتين توصل الى استطالة مضرة والثانية التى اوصى بها جلوس حيث قال يلزم الطبيب المولد ان يثقب المشيمة اذا لم يقدر ان يقلبها ومدحها مجر يبرو غيره تزيد ولا بد زيادة غريبة فى النزيف بتمزيقها العروق المشيمية وتعرض حياة الجنين لخطر ثقيل لانها تصير استخراجه طويلا عسرا وما عدا ذلك يضطر لجذب الجنين ونفوذه من فتحة المشيمة التى باندفاعها بالمنكبين اوالرأس تحدث بالضرورة بعض عوايق فى باقى العملية وشواهد ذلك موجودة فى المؤلفات

واحسن الطرق الطريقة التى تبعها بورطال وذلك انه بدون اعتبار دائرة المشيمة متى وصلت اليد الى العنق يتجه بها الى الامام اولا ثم الى يمين المرأة اذا كانت تلك اليد هى اليسرى والى يسارها اذا كانت اليمنى ففى اقل من ثانية يوصل الى الجزء الغشائى من البذرة فيثقب ثم تمسك القدمان بسرعة ويمكن ان يخرج الجنين قبل المشيمة وهذه الطريقة من حيث انه لا بطئ فيها ولا تعسر لم يحتج معها الا تباع وصية جلوس فى الطريقة التى قبلها

وفى انواع اخر من النزيف اذا عملت عملية التحويل وكانت الحرقفتان فى الفرج ولم تبق الرحم عديمة الحركة يظهر ان من العقل ترك انهاء الولادة للطبيعة واما

فى اندغام المشيمة على العنق فان العملية متى ابتدئت لم يعرف كونها تنتهى بسرعة شديدة وسبب هذا الاختلاف واضح ففى الحالة الاولى تدوم الدورة المشيمية على سيرها فلم تكن حياة الجنين معرضة للهلاك ولا حياة الام معرضة للخطر عندما ينقطع سيلان الدم واما فى الحالة الثانية فلا يمكن اتمام وظائف المشيمة فاذا تعوق الحال بعض لحظات جاز ان يموت الطفل وليعلم الطبيب المولد ان المرأة تكون على خطر عظيم فى حالة النزيف اذا قطع بولادتها بعد زمن متأخر لان افراط التألم الذى يسببه التخليص القهرى للمشيمة والذبول الفجائى الذى ينتج من ذلك (اى الذبول الحاصل من استفراغ الدم) يعقبهما غالبا فى مثل هذه الحالة سقوط قوة شديد الثقل والخطر وهو مبدأ محزن لموت محقق وهذا هو ما حصل لاخت مورسوس التى لم يحضرها احد من اقرانه الاطباء فالتزمت ان تباشر حالها وحدها الى نهاية الوضع ثم لا تخفى المشقة فى التخيير بين شيئين يوجدان هنا وذلك ان الطبيب اذا لم يفرغ الرحم ماتت المرأة ولا بد واذا خلص مشيمتها جاز ان تموت ايضا فى مدة العملية او بعدها ببعض دقايق لكن القلب يميل الى الثانى فانه شوهد فيه رجوع المرأة والجنين لصحتيهما احيانا مع انهما كانا فى حالة موت ظاهرى * وان اردت زيادة على ذلك كعملية نقل الدم من وريد حيوان الى وريد حيوان آخر فراجع مبحث الاجهاض وتخليص المشيمة

(المبحث الثانى)

(فى التشنجات)

قد يزيد اضطراب المرأة التى فى الطلق وكربها وقت شدة الاوجاع بحيث يؤدى ذلك الى اصابتها بآفات تشنجية فلذلك توجد كثيرا تلك الآفات فى النساء وقت الولادة ثم ان تلك التشنجات قد تكون عامة وقد تكون موضعية فتصيب طرفا واحدا او اكثر او الوجه او غيره من الاجزاء المنعزلة او تصيب جميع العضلات التى تخدم للمغالطة والغالب انها لا تتسلط الا على العضلات التى تحت سلطان الارادة وفى بعض الاحوال تصيب ايضا الاحشاء التى دخل فى تركيبها غشاء

الحمى وذكر لوفريت نوعا من التشنج لا يصيب الا العضلات المصمتة والعاصرة للاعضاء المجوفة كالحنجرة والمرىء والمعدة والامعاء والمثانة والرحم نفسه والقلب ولاسيما الحجاب الحاجز

(المطلب الاول)
(فى التشنجات الجزئية)

التشنجات الجزئية نادرة قال المؤلف واظن ان كثيرا من الامثلة التى زعموها من هذا القبيل منسوبة فى الحقيقة لغير ذلك اذ لا شك ان التقيء المستمر الذى يحصل لبعض الحوامل منسوب لحركات تشنجية فى المعدة وان الخفقان الذى بلغ كونه يرفع الثياب كما شوهد ذلك منسوب لنوع تشنج فى القلب واما التشنجات الجزئية فتوجد عادة بمنظر آخر

وعلى كل حال يمكن ان تقسم هذه التشنجات كالتشنجات العمومية الى نوعين تشنجات صلبة وتسمى بالجمود وتشنجات اضطرابية اى ارتعاشية فالنوع الاول ثابت كانه تيتنوسى والنوع الثانى متردد ومصحوب بحركات غريبة والغالب ان التشنجات هنا تنشأ بهذا النوع الاخير مع احساس بكرة تصعد من الخثلة الى الحلق وتشاهد بالاكثر فى الاشهر الاربعة الاول من الحمل وان كانت تشاهد ايضا فى الرجال كما ذكر بروسيه الصغير مثالا لذلك وشاهد المؤلف ايضا مثالا آخر والعامة تظن ان ذلك ناشئ من السحر او من تسلط جنى او نحو ذلك من الخرافات وتظهر هذه التشنجات فى اماكن

اولا فى جدران البطن * قد يظهر فى بعض الاحوال ان المصاب بذلك هو جدران البطن على الخصوص فقد شاهد بروسى الصغير تشنجات جزئية بطنية غريبة فى حامل لها خمسة اشهر او ستة فكانت جدران البطن تنقبض بقوة والرحم تندفع فى التقعير ثم يشاهد بعد ذلك رجوع هذا العضو فجأة لمحله ووثوبه كوثوب كرة مرنة انقذفت من الارض ثم تظهر تحدبات فى الخاصرتين والشراسيف والقسم السرى وكانها ناشئة من الانقباض التشنجى فى الاحشاء كانقباض جدران البطن ثم انتهى حال المرأة بالشفاء بدون اجهاض

وثانيا فى الاحشاء * كثيرا ما تكون الاحشاء وحدها محلا للتشنجات فقد اتفق ان شابة من الارياف عمرها اثنان وعشرون سنة ومزاجها يابس عصبى ولدت ولادة طبيعية فى ثالث ولادة لها واقتضى رأيها ان تفارق سريرها وترجع لاشغالها فى اليوم السابع الا انه اعتراها آلام فى الخثلة الزمتها بان تنام على سريرها ثانيا ففى اليوم العاشر من ذلك ارتعبت من حركات حاصلة فى بطنها تظهر زمنا فزمنا مع شدة جديدة قال المؤلف فنوديت لابحث فيها فتحيرت فى ذلك مثل تحير المريضة وذلك انى شاهدت بين الجلد والعضلات كان كرة تتريض فى جميع اقسام البطن السفلى تارة نحو التقعير وتارة فى الخاصرتين وتارة نحو السرة ثم تتحول تلك الكرة احيانا الى تحدبات تنفذ بلغط من التجويف البطنى الذى جدرانه يظهر كونها حافظة دائما لرخاوتها الاعتيادية فمن ذلك توهمت المرأة ان فى جسمها حيوانا وانها معدة لجهنم ولذلك صارت مجنونة بالكلية وحملت الى المارستان وماتت بعد سنتين بدون ان تنقطع عنها هذه الحركات الغريبة فلما فتحت وجد البريتون وعضلات القسم الخثلى مسودة كسواد الابنوس مع انها سليمة وليس فى اعضاء الهضم تغير اصلا والرحم كانت كانها مبذورة باورام صغيرة ليفية واحد المبيضين استحال الى كيس كثير الخلايا وكذلك البوق المحاذى له

وثالثا فى المهبل * زعم سميلى وبلانك مشاهدة تشنجات فى المهبل قوية بحيث منعت الجنين عن ان يخرج واما ملبا جوند وموكلد بيرو ونجيل فقالوا انهم استشعروا بانقباض المهبل بحيث تخدرت يد الطبيب مدة الطلق لكن الظاهر انهم غلطوا فى تلك الاحوال

رابعا فى الرحم * التشنجات الجزئية فى الرحم هى التى تستدعى انتباهنا وقد نبهوا عنها فى كل الازمنة وتشاهد مدة الحمل والطلق وبعد الولادة فقد شاهدها منارد فى مدة الحمل بحيث تشكلت الرحم بشكل قرعة فارغة وذكر دونوس وغيره حالة كانت الرحم فيها ترتفع وتنخفض وتذهب الى اليمين واليسار بقوة غريبة واكد بتيت فى مشاهدته ان الانقباضات كانت شديدة بحيث كان

يظهر ان الرحم المتحركة بعضلات البطن تنزل فى كل لحظة نحو الفرج وانه يلزم حفظها بالاصابع خوفا من خروجها

وتشنجات الرحم مدة الطلق تكون اسهل معرفة فى دور الاندفاع حيث يكون لكل انقباض فعل تشنجى حقيقى ثم ان التشنجات تستولى احيانا على العضو كله والغالب ان لا تستولى الا على قسم منه ويكون ذلك هو قسم العنق سواء الفتحة الظاهرة اى المهبلية او الفتحة الباطنة اى الرحمية ومع ذلك ينبغى الحذر مما ذكره المشاهدون من الانقباضات التشنجية للعنق قبل ان يصل الرأس للتقعير فان الاعتقال والتشنج يوجدان اذ ذاك غالبا بقرب جسم الرحم لا فى جهة المهبل اذ لا يوجد فى هذه الجهة الا بعد مرور الجزء الذى جاء للفوهة وكتب المؤلفين مشحونة بامثلة من ذلك وقد تحصل تلك الظاهرة اى التشنجات عند التخليص اى خلاص المشيمة وينتج من ذلك تكيسها وامثلة ذلك كثيرة ايضا

(المطلب الثانى)
(فى انواع التشنجات)

التشنجات الولادية لها اشكال مختلفة مقابلة بالآفات التشنجية فى احوال اخر من الحياة ولذلك عدوا منها تيتنوسية وكتالبسية واستيرية اى اختناقية وصرعية وسكتية ورعشية واما ميرمان فلم يشرح هذه التشنجات الا باسم صرعية وقال فوجيل ان ذلك صرع حاد وذكر بورن ان الاكثر كونه من طبيعية اكلامبسية او تيتنوسية وردها دويس على ثلاثة اشكال صرعية وسكتية واستيرية اى اختناقية ولما خاف بودلوك الثانى من كون هذا الاختلاف فى الاسماء يجعل الآفة الواحدة امراضا مختلفة ونبه على ان الاكلامبسيا فى النساء اللاتى فى الولادة تشتمل على احوال كثيرة ليست فيما بينها الا فساد الحركات العضلية ظن انه يلزم ضمها تحت اسم تيتنوس وصرع وكلامبسيا قال المؤلف واظن كالقابلة لشبيل ان التشنجات فى الحوامل واللواتى فى الطلق والولادة تختلف غالبا عن التيتنوس والكتالبسيا والصرع

واختناق الرحم والسكتة وغير ذلك وان الاحسن ان يحفظ لها اسم ايكلامبسيا وهى التى سماها هاديستوسيا تشنجية اى الولادة العسرة التشنجية

فقد علم من المشاهدات الواقعة فى اماكن متعددة كثرة الايكلامبسيا كثرة نسبية باعتبار الاقاليم واختلفوا كثيرا فى تلك النسبة وهل تلك التشنجات فى بلاد للانقلابرا اكثر منها فى فرانسا او العكس * قال المؤلف لم يتفق فى الف ولادة شاهدتها بعينى فى مارستان المدرسة مشاهدة مرة واحدة من هذا الداء مع انى شاهدته مرات كثيرة فى مارستان الولادة بمدينة طورس وفى مارستان القديس لويز حيث كنت مشتغلا بذلك مع انتباه قليل وازيد على ذلك انى شاهدت فى اقل من الف وخمسمائة ولادة ستة عشر مثالا فى الاعمال المدنية وربما كثرت فى بعض السنين وفى بعض احوال جوية فقد ذكر بوتيلوس ولشبيل انه اتفق احيانا صيرورة هذا الداء كمرض وبائى ببيت الولادة بباريس بحيث كان لا يصيب امرأة واحدة الا ويصيب جملة ممن معها ومن بجوار سريرها فى اوضتها

والزمن الذى يكثر فيه هو زمن الطلق والغالب ان لا يكون فى اوله ولا فى آخره وانما يكون ذلك فى الدور الطويل الفاصل بين هذين الطرفين وسيما وقت خروج الرأس من عنق الرحم وتقول من الصحيح المحقق وفاقا لشوسييه انه يظهر خصوصا فى الشهرين الاخيرين من الحمل او كما قالت لشبيل انه يندر قبل الشهر السادس * قال المؤلف وقد شاهدته فى السادس واما الخامس فنادر كما علمت واما الذى يحصل فى الاشهر الاول الاربعة فيقرب كما قال بورن من الاستيريا اى الاختناق الرحمى وقد شوهد ايضا بقلة بعد تخليص المشيمة * قال المؤلف واكد لى طبيب انه لم يشاهده كذلك مرة من ثلاثين حالة من الايكلامبسيا التقطها من بيت الولادة لكن يصح ان يكون ذلك على سبيل الموافقة والا فالايكلامبسيا ليست نادرة بعد الولادة وبالاختصار يؤخذ الحكم من الاختلافات النسبية التى ذكرها المؤلفون بمقتضى الجدول الآتى

موريسوس ٤٢ حالة

مدة الحمل ٧ ماتت منهم ٣

مدة الولادة ١٩ ١١

بعد الولادة ١٦ ٥

مدة الحمل والطلق ١ ١

مدة الطلق وبعد الولادة ٢ ١

ميرمان ٤٨ حالة

بعد الولادة ٦

مدة الولادة ذات التوءم ٣ ١ ماتت

مدة الولادة ١١ مع الجفت

مدة الولادة ٩ مع كسر الرأس ٢ ماتتا

مدة الولادة ٤ تحويل ٢ ماتتا

واحدة ماتت قبل ان تلد

١٤ ولدن بدون استعانة ٥ متن

فالمبكرات منهن اى من كانت فى اول ولادة لها ٣٦ واللواتى شفين

٣٧ واللواتى متن ١١

واما الاطفال فالاحياء ١٧ والاموات ٣٤

مؤلفنا فلبوس ٢١ حالة

مدة الحمل ٧ منها ٢ ماتتا و ٥ شفين

مدة الطلق ٥ منها ٢ ماتتا و ٣ شفين

بعد تخليص المشيمة ٩ منها ٤ متن و ٥ شفين

٢١ ٨ ١٣ جمعية

(المطلب الثالث)

(فى اسباب التشنجات)

اسباب الاكلامبسيا كثيرة منها ما مهيئة ومنها ما متممة

هذا الداء وان كان يشاهد فى جميع الفصول والاسنان ورتب الناس ودرجات الحرارة الا ان الاقوياء والممتلئات واللواتى فيهن الالياف يابسة والوجه متوقد والعنق قصير ويحضن كثيرا والعصبيات الارقا القابلات للتهيج اللواتى هن محل للاوجاع العصبية والشابات اوالحاملات باول حمل لهن هن المعرضات للايكلامبسيا اكثر من غيرهن

قال ميرمان التشنجات الولادية تنشأ من قابلية التهيج العامة وتوتر الرحم اوزيادة تهيج المجموع التناسلى وهو وان كان كثيرا فى اول حمل للمرأة الا انه قد يوجد فى غير ذلك فقد يعرض فى الحمل الثانى او الثالث او الرابع بل والخامس حتى بدون ان يكون اصابها فى الحمل السابق* وحالة المعدة والامعاء يظهر انها تعين على ظهوره وعلى ذلك اسس بعض الممارسين امرهم المرأة باستعمال المقيئات والمسهلات فى مثل تلك الحالة ووافق على ذلك كثير من المؤلفين الانقليزيين ولذلك شاهد شوسيه ان المرأة فى زمن النوبة تضع يدها احيانا بقوة عنيفة نحو القسم المعدى كانها تمزقه فاخذ من ذلك ان المعدة يلزم ان تكون حينئذ زائدة التهيج وهو رأى مكيل ايضا غير ان هذا الرأى لم يعتبر فى الحقيقة الا فى قليل من الاحوال

وارتشاح الاطراف بالمصل خصوصا السفلى سبب آخر للايكلامبسيا يستدعى انتباه المولدين الا ان مكيل تشكك فى تأثيره مع ان ذلك مما يسهل تحقيقه بالبحث فى الامور الواقعية قال المؤلف وعندى يقين كما عند القابلة لشبيل بان النساء اللاتى معهن ارتشاح معرضات جدا للتشنجات

وينبغى ان يزاد على هذه الاسباب العامة الاسباب الخاصة وهى ماسيذكر الاول مدة الحمل* الايكلامبسيا فى مسير الحمل كانها تتجهز من عمل كل يوم من ايامه فالتنوعات العميقة التى يطبعها العلوق فى المجموع العصبى لكثير من النساء تهيؤهن لهذا الداء فى الاشهر الاول وذلك ظاهر واضح وانما التشنجات من حيث كونها حينئذ عصبية بالكلية لا توجد فيها دائما علامات

الايكلامبسيا وذلك هو ما اراده لشبيل بقوله التشنجات فى النساء العصبيات لا يعقبها السبات اكثر مما يعقب الاستيريا ويودلوك تمسك بان التشنجات لا تكون خطرة اصلا اذا كانت ناشئة من حمل خال من المضاعفات

واحتباس الطمث لكونه يمسك فى الدم المواد المهيئة لان تندفع يزيد فى تهيئة النساء للتهيجات فالرحم حال تلين وتمتص السائل وتصير مجلسا لفاعلية قوية بحيث تؤثر بقوة فى جميع البنية بتوسط المجموع العصبى والقيء والخفقان الحاصلين غالبا من ادنى تغير فى الرحم يوضحان كيف تساعد الرحم على ظهور التشنجات والحجم الذى تكتسبه فيما بعد يكون ايضا سببا قويا للتكدر والمرض وضغطها على الجذوع الغليظة الوعائية والعصبية للحوض وكذا على الاورطى ايضا يسبب تغيرات عظيمة فى الدورة والتأثير العصبى بحيث لا يتعجب من حصول الاحتقانات والتنبهات الخبيثة * وضغطها على عنق المثانة قد يتسبب عنه احتباس البول الذى يصحبه آلام شديدة فيوصل ذلك الى الاكلامبسيا كما شاهد ذلك دولاموت ولوجود الاشتراك بين المعدة والرحم التزموا ان يضيفوا على ذلك حينئذ اندفاع المعدة الى الاعلى وبذلك يندفع الحجاب الحاجز ايضا والرئتان والقلب فيحصل من ذلك اعتقال الشراسيف فى الازمنة الاخيرة من الحمل وذلك اقله ان يكون من الاسباب المتممة التى تفسد اصل الانقباضات العضوية قال لوفريت والنهوكة التى تسقط فيها بعض النساء بسبب القيء قد تكون سببا للتشنجات الاكثر ثقلا من غيرها

الثانى مدة الطلق * الايكلامبسيا فى وقت الولادة تحصل من زيادة توتر الرحم بسبب التعب الذى تكابده من السائلات النافذة فيها ومن صلابة عنقها ويبوسته وانقباضه التشنجى وافراط حساسية كل جوهرها ومن متانة الاغشية متانة خارجة عن العادة ومن كثرة المياه ووجود جنينين والوضع الردى للجنين وجميع الاحوال الميخانكية القادرة على منع الولادة او تقهقرها ومن الاسباب المهيئة ما يحصل فى الرحم من التنبه العام المتسبب عن الاوجاع المقدمة على الطلق والاوجاع الاول الدافعة ففى تلك اللحظة ليس الطلق مهيئا

للتشنجات بسبب ضغط الاعصاب ولا باندفاع السائلات نحو الجمجمة وانما السبب هو التغيرات العميقة التي تحصل في وظائف الرحم وبالبحث الجيد يظهر ان الوجع مدة الطلق يكون في نفس الرحم لا في اعصاب الحوض ولا فيما يجاوره ذلك كما زعم بعضهم وان الانقباضات الرحمية مؤلمة في الحقيقة بنفسها على الصحيح فمثل تلك الحالة لا تحصل في باطن البنية بدون ان توقظ تشعبات اى امتدادات كثيرة وبدون ان تزعج اصول المجموعات العامة سيما المجموع الدموى والمجموع العصبي

الثالث بعد الولادة * المرأة بعد تخليص المشيمة تتأثر من تنوعات مهمة ايضا كما في مدة الطلق فالفراغ الفجائي للبطن يغير فجأة مجاورات اعضائه والدم الذى كان يجتاز في المجموع الاورطى السفلى بتعب يهرع اليه بقوة والحمل والطلق ينبهان المجموع المخى الفقرى فتندفع فيه السائلات وتخليص المشيمة يكدر وظائف هذا الجهاز فيخليه فجأة من المنبه الطبيعى مع ان عمل الرحم لم يتم بخروج الولد فان جزأ من السائلات التي تحدم جوهرها يدخل بعد تغيره كثيرا او قليلا في الدورة والذى ينصب في باطنها وتغير تركيبه فيه بسرعة يحصل فيه ذلك ايضا فهذا العضو من حيث انه زائد التهيج وفى حالة تقرب لحالة المرض اكثر من حالة تمدده لا ينقبض بدون خطر كما كان قبل ذلك فنفعله على اجزاء الاغشية والمشيمة والخلط الدموية التي قد تبقى في تجويفه يتحول غالبا الى ظاهرة مرضية تمتد بسهولة الى المحال البعيدة وبعد الانخرام الحاصل من الحمل والطلق لا تحصل الموازنة الطبيعية للاعضاء بدون ان تؤثر على القوة العصبية فتحدث الاهتزازات

ثانيا الاسباب المتممة * ذكروا من اسباب التشنجات الهواء الغير النقى المحمل للروائح النادر التجدد وحرارة الصيف والحرارة الصناعية المرتفعة جدا او الغيظ والغضب والحزن والهم وورود اخبار جديدة غير منتظرة والفرح وبقية الانزعاجات النفسانية الشديدة والسهر وكثرة الرقص والفرجة على الملاهى والاشغال الليلية وافراط الاستحمامات والمشروبات الحارة والقهوة والشاى

والسائلات

والسائلات الروحية والاطعمة المتبلة بالافاويات او اللذيذة الطعم والاغذية الدسمة وجميع ما يزيد فى وفور الدم نحو الرأس والجماع وابطال حصة او كى او سيلان اعتيادى مهما كان نوعه واستعمال الصدريات الضيقة وغيرها من الملابس وعدم الرياضة واضافوا لذلك ايضا السكنى فى البلاد الحارة والنوم المستطيل المدة والبطالة واستعمال الاكسيرات والصبغات الكؤولية والاعتياد على المكث فى الفراش زيادة عن ما يلزم والتغيرات الجوية وغير ذلك من الاسباب العامة التى يظهر من كلامهم انها تسبب جميع الآلام مع انها قد لا تسبب شيأ من ذلك اذ لا يجهل احد ان تلك الاحوال قد لا تحدث الاكلامبسيا ولا ينكر ان هذا الداء يعرض غالبا بدون ان يعرف سببه

الاول اسباب عروضه مدة الحمل * جميع اسباب الاجهاض قد تسبب التشنجات ومثل ذلك اندغام المشيمة على عنق الرحم بسبب النزيف والارتشاح اللذين ينتجان من ذلك غالبا ويظهر ان الوفور الطمثى يكون سببا لها فى بعض النساء وعلى كل حال سوآء كان ذلك من تأثير هذا الوفور او من حالة اخرى فالذى يحصل سيما فى الشهرين الاخيرين هو ان الرحم تصير محلا لارتجاف يكون احيانا مؤلما فى ازمنة الحيض وكثيرا ما تكون تلك الازمنة مصاحبة للاعراض المتقدمة على الايكلامبسيا * قال المؤلف وهذا شئ تحققته مرات كثيرة وذكره سابقا شوسيبه وذكر بودلوك ايضا امرأة كانت نوبها تأتى دائما فى ازمنة حيضها الاعتيادى

الثانى اسباب عروضه مدة الولادة * قد يحصل هذا الداء فى زمن الطلق من اسباب مختلفة كوجود حصاة فى المثانة وورم فى تقعير الحوض وبوليبوس فى الرحم وسرطان فيه وكانطباق عنق الرحم او ضيقه الغير الاعتيادى وينشأ ايضا من وجود تولد ليفى غضروفى فى اعلى المهبل ومن بقاء غشاء البكارة والتصاق الفرج وانسداد المهبل وعظم الجنين عظما زايدا عن ما يناسب والاوضاع المعيبة للجنين والرحم ووضع جفت الولادة والتحويل وجميع العمليات المتعلقة بالولادة ويقال ان موت الجنين قد يكون سببا للتشنجات

لكن السبب الاغلب له حينئذ هو تمزق الرحم اوعنقه

الثالث اسباب عروضه بعد الولادة * اذا انتهت الولادة نشأت التشنجات احيانا من النزيف الكثير كما شاهد ذلك المؤلف مرتين وانقلاب الرحم حينئذ هو السبب الكثير والولادة الفجائية السريعة قد تسببه ايضا لكن السبب الاغلب هو حبس المشيمة اى مسكها فى محلها اوشئ من اجزائها ولذلك ظن بوتيلوس قياسا على ذلك ان وجود اى جسم غريب فى تجويف الرحم هو السبب الاغلب له بعد تخليص المشيمة

قال المؤلف وانى لا انكر ان الالتهاب الرحمى قد يوصل الى التشنجات الا انى اقول انه لا يكون سببا اعتياديا لها لا فى مدة الحمل ولا فى مدة الطلق ولا بعد الولادة لان هذا الداء يظهر باعراض اخر غير الاعراض التى تسبق احيانا ظهور التشنجات عموما فلا يعول على ما فى كتب بعض المؤلفين مما يخالف ذلك

الثالث اعراض الايكلامبسيا وسيرها

نوبة الايكلامبسيا يعلن بها فى بعض النساء علامات مختلفة مقدمة كشدة حرارة فى الرأس ودوخان وتكدر فى القوى العقلية وخطأ فى الابصار وتعب فى الحركات واضطراب فى الاطراف وهيئة عنه والتفات مفزع واحمرار فى الملتحمة وفى الوجه كله وبعض انتفاخ فى العنق والوجه وصداع وسدر ودوار وتلبك فى الكلام وبراقة شديدة فى العينين وعدم انتظام فى النبض وحركات تشنجية خفيفة فى عضلات الوجه واهتزازات فى اوتار الاطراف غير ان هذه العلامات ليست دائمة الوجود فوجع الرأس مثلا قد لا يوجد وقد يوجد وحده قال ديويس اتفق ان امرأة اخذت فى الصياح تقول رأسى رأسى فاعترتها التشنجات وماتت بعد بعض ساعات قليلة * واتفق ان امرأة حصل لها اوجاع مبهمة متنقلة وصداع من الشهر السادس وولدت ولادة جيدة بعد تمام الاشهر وحصلت لها التشنجات بعد ذلك بثلاثة ايام وماتت فى اليوم السادس وجعل دانمان وغيره وجع المعدة من الامور المهمة فى ذلك الداء وذكر ان التشنجات

التى تظهر من ذلك تكون نحسة مثل التى تنشأ عن وجع الرأس * قال المؤلف
وقد شاهدت هاتين العلامتين فى كثير من النساء وشاهدت عدمهما فى كثير
منهن ايضا ومن العجيب ان شوسنيه والقابلة لشبيل اختلفا فى كثرة تقدم
العلامات المقدمة مع ان مشاهداتهما كانت فى مارستان واحد فشوسنيه
ذكر انها توجد غالبا بل دائما وقالت لشبيل ان الغالب عدمها وبعض النساء
يحصل لهن فى الخثلة ثقل وصلابة واحساس مؤلم قبل حدوث العارض ببعض
اسابيع او ايام او ساعات فاذا وضعت اليد على البطن لتنظر حالة الرحم وجدت
حينئذ فى حالة شبه انقباض قوى محسوس بادنى ضغط ومع ذلك كثيرا
ما تسقط المرأة بغتة فاقدة لمعارفها وكانها لا تفيق لحظة الا لتدخل فى اضطراب
شديد فالاطراف تلتف وتتقبض وتنثنى ثم تتوتر بسرعة وقوة غريبة والجذع
ينقلب على مسطحه الخلفى وكأن القمحدوة تقرب الى العقب بل قد شوهد
ملامستها له واليدان تذهبان بقوة نحو الصدر او القسم المعدى وتضربانه
وكانهما يمزقانه بغيظ وغضب وتخاطيط الوجه تتحال وتتشنج والشفتان
المجذوبتان لجهتين مختلفتين تتحركان تحركا غريبا والاعين تدور وتضطرب
وتتقلب فى الحجاج وضربات السباتيين والشرايين الصدغية تشاهد من تحت
الجلد والوداجان ينتفخان والعنق والوجه يرمان ويتلونان بحيث يصيران
محمرين ويظهر كان الاعين خارجة من الرأس والفم يمتلئ بماء مزبد ويقذف
شيأ منه على الحاضرين واللسان يتحرك بدون انتظام ويكون مشبكا بل
معضوضا من قرص الاسنان عليه ومن الحركات التشنجية للفكين واما الحجاب
الحاجز فبانقباضاته السريعة يحدث الفواق ويهدد بالاختناق ويقذف المواد
المتراكمة فى الفم والانف الى الخارج واذا صارت المعدة والامعاء والمثانة والرحم
نفسها محلا لمثل تلك الحركات تسبب عن ذلك القيء واندفاع المواد
الثفلية والبولية بدون ارادة واحيانا تندفع البذرة نفسها بسرعة زائدة
ويقال ان فى بعض الاحوال تشارك جميع الاحشاء الاطراف فى حركاتها الغير
المنتظمة واحيانا تتحول حالة الوجه وبقية الجسم بسرعة كسرعة

البرق فتتبدل هذه الحركة الاضطرابية والتلون الشديد بسكون زائد وتسقط المريضة فى صفرة مهلكة ثم فى آخر النوبة يوصل الاحتقان المخى الى سبات يعقبه عموما الاغماء وفقد المعرفة

ومدة النوبة تختلف كاختلاف شدتها ففى بعض الاحوال تكون خمس دقايق او عشرا او ربع ساعة وفى بعضها تكون نصف ساعة بل ساعة قبل ان ترجع الى المرأة معارفها وقد تدوم نصف يوم بل اربعا وعشرين ساعة فاذا لم يعرض السبات جاز ان يطول فقد المعرفة مدة ايام ومع ذلك ينتهى برجوع تام للصحة والغالب ان تكون النوب متضاعفة اى متكررة والنوبة التابعة يعلن بها بطئ واضح جدا فى النبض قال المؤلف وقد شاهدت وجود هذه الظاهرة الغريبة كثيرا ثم يعرض حالا ارمش سريع فى الاجفان وحركات متكررة فى الفك السفلى واحتقان فى الوجه وانثناء وانبساط فى الرأس ثم يعرض التواء فى الاطراف ويعقب ذلك حالة خدر عام اطول من الحالة الاولى ثم يزول ذلك بالكلية او تخلفه نوبة جديده وقد تتصف هذه النوبة بصفات السكتة وتنتهى بالموت

وقد يتفق ايضا ان بعض الوظائف تبقى فاسدة متعطلة بعد زوال النوبة فتارة يكون ذلك فى البصر او السمع او الشم او بعض القوى العقلية التى كابدت اصابة ثقيلة وتارة يحصل عقب النوبة تمزقات باطنة او انسكابات مخصوصة تبعد بها البنية عن حالتها الطبيعية ثم اذا رجعت المرأة لحالتها ترى نفسها فى تعب ومشقة واطرافها متكسرة كانها فعلت رياضة طويلة متعبة فتستغرب الحالة التى هى عليها وتجهل احيانا جميع ما حصل لها وتشك فيما يحكونه لها مما فعلته من الحركات الغريبة والصياح الشديد وذكروا من ولدت ولم تستشعر بالولادة ولم تعرف كيف تخلصت مشيمتها ويظهر على جميع الاجزاء التى التطمت من جسمها زمن النوبة تكدسات سوداء ورض حقيقى وآلام تختلف شدتها

(الرابع انتهاء الايكلامبسيا)

الايكلامبسيا تنتهى بالرجوع للصحة وبالموت وبتولد داء آخر

الاول الرجوع للصحة * اذا قدر الله بالرجوع الى الصحة تتباعد النوب عن بعضها تدريجا فاذا كانت متقاربة قل طول مدتها شيأ فشيأ ويذهب تدريجا كل من الغفلة والخدر والسبات ويظهر للمرأة كأنها خرجت من رؤية منام طويل

ثانيا تقدم الداء والموت * فاذا اخذ تشوش الرأس فى الازدياد شيأ فشيأ وزادت شدة النوب وطالت مدتها وتبدلت الاعراض السباتية باعراض تشنجية خشى حصول الموت فقد شوهد مجيئه فى خمس وثلاثين دقيقة وفى ثنتى عشرة ساعة او اقل او اكثر ومنهن من مكثت اربعا وثلاثين ساعة مع كونها فقدت من الدم ثنتين وثمانين اوقية لكن يقرب للعقل انه حصل حينئذ فى المخ انصباب او فى غيره بعض تمزق

ولا بأس ان ننبه على ان الايكلامبسيا تنتج احيانا تمزق الرحم ولذلك اختار دونوس ان اغلب التمزقات الرحمية تنشأ من التشنجات الجزئية فى هذا العضو وهذا الانتهاء لا يمكن حصوله الا مدة الحمل واما الانتهاء بالسكتة فيشاهد ايضا حتى بعد الطلق وذلك هو ما وقع لامرأة ذكرها بودلوك الصغير وكانت ولدت منذ ستة اسابيع وحصلت لها التشنجات فى المساء وماتت دفعة واحدة فى الليل قال المؤلف وبالاختصار فالذى وجدته ان هذا الداء ينتهى بحالة مغمة قبل الولادة اكثر من انتهائه بذلك بعدها وان كان استرولك وغيره زعم العكس والتأثيرات الشديدة التى تحصل فى كل نوبة جهة المخ تعلن بان جوهر المخ حصل فيه اضطراب ولذلك تكون الايكلامبسيا فى الغالب منشأ لآفات توصل للمانيا نوع من الجنون ولين المخ ولانواع من الشلل فلذلك شوهد فى امرأة عالجها اميرمان انها صارت مجنونة وماتت بعد بعض اسابيع فى نوب جديدة وامرأة اخرى ذكرها دولاموت بقى معها شلل الاطراف واخرى شلل عضلات اللسان واخرى فالج واخرى خدر يقرب من الشلل فى ساق من ساقيها واخرى كمنة واخرى غيبوبة الحافظة واخرى صداع

وتراكم السائلات فى باطن الاحشاء والانضغاط الشديد الغير المستوى الذى

تكابده تلك الاحشاء من الحركات التشنجية يعرض النساء للاحتقانات والالتهابات وذكرت القابلة لشبيل ان كثيرا من المصابات بالا كلمبسيا تنتهى الحال بموتهن بالتهاب بريتونى

وقد يعرض لهؤلاء النساء التهابات شديدة فى ظاهر الجلد بسبب استعمال بعض الادوية كما شوهد حصول حمرة شديدة فى الساق بسبب وضع لزقة خردلية عليها مع انها كانت غير نافعة فينبغى الانتباه لذلك وهل يحصل مثل ذلك فى الغشاء المخاطى الباطنى اذا كان تهيجه قليلا مدة النوبة فيصير مجلسا لرد فعل التهابى بسبب استعمال بعض ادوية من الباطن

(الخامس انذار الاكلامبسيا)

انذار هذا الداء ردىء عموما للام والجنين ولذلك قال هنتير لا اخاف فى الولادة الا من النزيف والتشنجات

اولا من جانب الام * اعترفت القابلة لشبيل ان نحو نصف المرضى بهذا الداء تفقد حياتهن مع انهن يعالجن علاجا جيدا وظن دبواس ان هذا الداء اخطر من النزيف واما الطبيب بار فقال انه يفقد من العشرة ست او سبع * قال المؤلف وليس فى هذا مبالغة الا انى لا اقول كما قالت لشبيل ان هذا الداء اذا ترك ونفسه يكون مهلكا ولا كما قال جليرانه يمكن اسعاف احدى وعشرين امرأة من ثنتين وعشرين وهو فى مدة الطلق اقل ثقلا منه فيما بعده ويكون اخف كلما كانت الولادة اقرب لاول نوبة ولما كان هبوط قوة الرحم هو الواسطة غالبا لقطع العوارض كان من الواضح ان خطر التشنجات يكون بالنظر لذلك على حسب الخطر والتعسرات المتعلقة بهذا الهبوط فاذا كان عنق الرحم ورأس الجنين مثلا مهيئين بحيث يسهل اخراج الجنين من العنق كان الداء اقل ثقلا مما اذا كانت الفوهة صلبة وغير ممحوة وهذه الحالة الاخيرة هى السبب فى ثقل الداء فى الاشهر الثلاثة الاخيرة من الحمل اذا لم يكن هناك ما يعلن بمهيئات الولادة ومع ذلك قد يشفى بعض النساء حينئذ ثم يلدن اطفالا احياء بعد كمال الاشهر * وهذا الداء مدة الطلق ينتهى احيانا باندفاع الجنين بشدة

فقد ذكر غردبان حالة انتهت فيها الولادة بثلاثة اوجاع * قال المؤلف ولننبهك ايضا كما قال شوسييه على ان الرحم تبقى حينئذ فى انقباض دائم يزدوج فى كل نوبة بحيث ان الانقباضات تؤثر كتأثير الشيلم المقرن والانقباضات الحاصلة فى تلك الحالة هى التى يبتدأ ذهابها من الرحم دون غيرها والتشنجات التى تظهر فى المصابات باختناق الرحم او الصرع او التى فيها ميل عظيم للعصبية او تقرب فى الشكل لهذين المرضين او التى نوبها قصيرة او منفصلة بفترات تامة فى السكون والرجوع الى جميع الوظائف تكون اقل خطرا من التى احوالها غير شبيهة بذلك كالتى تعرض للدمويات والممتلئات او اللواتى اعضاؤهن حاملة لمادة مصلية كثيرة والتشنجات المصحوبة بظاهرات سكتية او سبات او تخدير او فقد تام للمعرفة فى فترات النوب ثقيلة الخطر جدا ومثل ذلك ايضا التشنجات التى هى عرض لمرض عضوى قديم فى المخ او الرئتين او القلب او غير ذلك من الاعضاء المهمة والحمل يزيد فى ثقلها جدا ثانيا من جانب الجنين * الجنين ايضا يخاف عليه الخطر اكثر من الام فاولا كثيرا ما يموت فى اثناء حركات خارجة عن العادة تكون صفة لكل نوبة وثانيا متى حصل اسقاط لم تحفظ حياته ومثل ذلك ايضا حسب العادة اذا لم يمكن الاحتراس من الولادة قبل اوانها وكثيرا ما يموت الجنين فى الولادة القهرية حتى التامة الاشهر ومع ذلك ليس من الصحيح ان يقال كما قال بعضهم ان التشنجات الثقيلة فى الحاملات يتبعها غالبا فقد الجنين فثلاث نوب او اربع لا تكفى لقتله والغالب ان الداء اذا عرض فى مدة الحمل يأتى ميتا لكن ذلك ناشئ حينئذ من كونه لا يمكن ان يخرج او يستخرج الا بعد ظهور الداء بزمن طويل وفى مدة الطلق يمكن اسعافه فى الغالب لانه احيانا يندفع بنفسه بدون تعسر ويمكن اخراجه بالجفت او بالتحويل قبل ان تنقطع حياته قال مينارد ويمكن ان يعيش اذا خلصت المشيمة بسرعة اما بدون ذلك فانه يموت * قال المؤلف لا اظن ان موته فى مثل هذه الحالة يكون فى الغالب نتيجة الحركات الشاقة التى تفعل فى استخراجه كما ظن ذلك بودلوك الصغير

(السادس التشريح المرضى للاكلامبسيا)

البحث فى جثة المريضة بعد الموت لا يستفاد منه توضيح كاف لشدة الاعراض فقد يشاهد كمية قليلة من مصل فى بطينات المخ واحتقان فى الاوردة والجيوب المخية واحمرار قليل فى اغشية المخ وجوهره او يكون فى الحالة الاعتيادية وقد توجد آثار واضحة للاحتقان وانصباب دموى قليل والغالب عدم وجود اصابة ظاهرة فهذا جميع ماوجد فى تجويف الجمجمة واما بقية التجاويف فلا يوجد فيها اصابة دائمة الوجود وانما قد يكون القلب هابطا خاليا من الدم والرئتان ملبكتين بمواد او يكون لونهما باهتا والاغشية المصلية يوجد فيها بعض اواق من المصل وقد يكون فى البطن بعد تخليص المشيمة اثر تغيرات التهابية هذا ماوجده بعضهم وذكر بودلوك انه لم يجد لهذا الداء تغيرا فى الاعضاء اصلا وقال كروفليران الاوعية ايضا لا تكون محتقنة وبذلك قالت القابلة لشابيل وزادت على ذلك ان الداء اذا لم يكن معه سكتة لم يكن للتغيرات العضوية نسبة لشدة الاعراض وانما يوجد بعض مصل فى البطينات واحتقان قليل فى الاوعية والمصل فى المثال الثانى من امثلتها وجد فى البطينات المخية والصفاق الصدرى والتامور معا لكن يظهر ان ذلك نتيجة للداء لا سبب له وشوهد ايضا انصباب دموى فى البطن الايسر فى امرأة ماتت فى الطلق ووجد ايضا فى امرأة ماتت بعد تخليص المشيمة بخمسة عشر يوما خلطة دموية فى حجم بندقة قرب الحفرة فى النصف الكرى الايمن للمخ وجوهر المخ حولها لين وفى المشاهدة الاولى للشابيل وفى غيرها ايضا وجد البطن الايمن مملوءا بخلطة دم اسود وقد شوهد ايضا ان الطبقة البصرية والجسم المحزز مشحمة بخلط دموية صغيرة لكن قد عرفت ان ذلك كله ينسب اما لسكتة سابقة او مصاحبة للتشنجات لا للاكلامبسيا نفسها

واما تغير الام الجافية الذى ذكره بودلوك فى مشاهدة مخصوصة فلا اهتمام به ولم يبحث كثيرا فى النخاع الفقرى بحيث لم يعلم هل يصير مجلسا للداء كما زعمه بورن حيث قال ان التهيج ينتقل من الرحم الى الحبل الفقرى بتوسط الاعصاب

الخيلية ولكن نقول ان التغيرات القليلة التى ذكرها المؤلفون فى الصدر والبطن لا اعتبار لها ايضا فلا حاجة لنا بتضييع الزمن فى معارضتها

(السابع فى معالجة الاكلمبسيا)

حيث عرفت ان الداء يوجد باشكال مختلفة ودرجات مختلفة علمت انه لا يمكن شفاء انواعه بدواء واحد فلا يتعجب من كثرة الادوية التى ذكرت فى معالجته ولذلك ظهر لمعظم مضادات التشنج والمسكنات والمخدرات والمحولات ومضادات الالتهاب فى علاجه صيت عظيم

(الاول فى العلاج الخاص)

الاكلمبسيا تستدعى ماعدا التداوى العام استعمال وسائط مخصوصة بحسب كون الداء ظهر فى مدة الحمل اوفى مدة الطلق اوبعد الولادة

اولا فى مدة الحمل * اذا عرض الداء فى مدة الحمل استعمل له بعض الوسائط السابقة اوكلها معا فكثيرا ما نفع فيه مضادات التشنج والاستحمامات المستطيلة والمسكنات والمسهلات والديجتال والمغيرات وهذه الحالة اعنى عروض الداء فى مدة الحمل هى الحالة التى فصد فيها مورسوس ودولاموت الحامل ثمانية واربعين مرة وسبعا وثمانين وتسعين مرة ويصح ايضا ان يستعمل فى سير هذا الدور الولادة المحرضة والولادة القهرية والقطع الرحمى المهبلى لكن البحث عن ذلك يكون عندما نتكلم على هذا الداء فى الطلق

ثانيا فى مدة الطلق * التوليد هو احسن دواء للتشنجات الولادية فينبغى فعله باسرع ما يمكن فان لم يسرع به خشى على حياة الام والجنين ومدح معها الفصد من العنق ايضا وكرش الماء البارد على الوجه ويقال ان التوليد قد لا ينجع احيانا وبالجملة فقد اضطربت اراء القوابل فى منفعته فقيل ان التشنجات الحاصلة فى مدة الطلق لا تسكن الا بتفريغ الرحم وقيل ان التوليد لا ينقع الا اذا كانت التشنجات ذاهبة فى الرحم وقيل لا تفعل الا اذا انقطع الرجاء من الطبيعة ونحن نقول ان الاولى تفريغ الرحم باسرع ما يمكن لان هبوط الرحم قد يوقف سير الداء الحاصل مدة الطلق نعم قد لا يقف

الداء بذلك وتموت المرأة به بعد ذلك لكن يمكن ان يكون سبب الموت هو عدم
السرعة فى تخليص المشيمة او ان المخ كان قبل ذلك محلا لتغير عميق
ثم ان الاسعافات التى ذكروها فى هذه الحالة كثيرة سنوردها على الاثر

الاول انتظار الولادة من نفسها * اذا انزل الرأس وكان العنق ممحوا او ظهر
ان الانقباضات الرحمية سليمة والطلق سائر بسرعة لزم الانتظار والتمسك
بالوسائط العامة ولا يعجل بالولادة خصوصا اذا كانت التشنجات استيرية
وناشئة من تنبه عصبى وكانت منفصلة بفترات تامة الوضوح اما اذا لم يكن
للرحم فعل وكانت الاكلمبسيا سكتية والطلق بطيئا وخشى من شدة العوارض
على الام او الجنين لزم تعجيل الولادة او انتهاؤها باسرع ما يمكن

الثانى الشيلم المقرن * حيث علم من التجربيات العديدة منفعة الشيلم المقرن
فى تقوية الانقباضات الرحمية كان من اللازم استعماله فى الاكلمبسيا وقت
الطلق كما ثبت ذلك بالمشاهدات فاذا استعمل فى ابتداء الطلق قبل ان يتم اتساع
العنق زاد فى الخطر الذى يخشى منه على الجنين فاذا كان الرأس فى التقعير
كان الجفت احسن والتحويل افضل اذا حصل مجرد الاتساع بدون ان يخرج
الرأس من المضيق

الثالث الجفت * الجفت الذى استعمله لوفريت دائما بدل التحويل يستعمل
فى التشنجات ويكون اعظم متى امكن اخراج الجنين به بسرعة وتأكيد بدون
ان تعرض الام للخطر ولم يخالف هذا الرأى الا قليل من المتأخرين فى احوال
التشنجات لكن من سوء البخت ان منفعة هذه الآلة ليست عامة وذلك انه يلزم
لاستعمالها ان يكون الجنين جاء بالرأس وان يكون العنق منفتحا بالكلية
وقد علم من بعض المشاهدات انه يمكن الاستعانة به حتى وان كانت القمحدوة
فى المضيق العلوى والمؤلف لم يختر ذلك ومنع استعماله حينئذ وهذا الجفت
لا يفضل متى سهل التحول الا اذا علم من القرائن الجوية حفظ الجنين به ففى
التشنجات يكون القصد منه خصوصا اغاثة المرأة ويلزم مراعاة الجنين ايضا اقل
من ذلك لان الغالب موته قبل ان يحكم باستعمال الآلة ثم ان استعمال

الملتف وان لم يكن شاقا فى المضيق العلوى الا انه يحصل فيه كثير ان موق ونستهيى زمنا اكثر مما يستدعيه التحويل فاذن لا يتعين استعماله دون غيره الا اذا انحشر الرأس بقوة فى الفوهة وسيما اذا كان فى التقعير

الرابع التحويل * متى كان الرأس خالصا اعلى عن مدخل التقعير لا ينبغى بل لا يمكن اذا كان العنق مفتوحا نصف انفتاح اخراج الجنين الا بواسطة التحويل فاذا مضى الزمن الاول من الطلق وكانت الفوهة متسعة او مرتخية بحيث تدخل منها اليد بدون فعل عنيف لم تحتج هذه العملية لشئ مخصوص اما اذا كانت الاكلمبسيا متعلقة بضيق تشنجى او صلابة او مرض آخر فى العنق او كان الطلق فى ابتدائه اولم يكن ابتدأ فان العملية تكون غير ممكنة او اقله ان تكون عسرة جدا فقبل كل شئ ينبغى فتح طريق

الخامس الولادة المحرضة * الوسائط التى ذكروها لتحريض الطلق قبل اوانه ينبغى تجربتها فى اكلمبسيا النساء الحوامل وبالاولى اذا عرض هذا الداء قرب مجئ زمن الطلق ولم يظهر بعد النوب الاول شئ من امارات الولادة فاذا كان حقا ان الطلق يقطع غالبا التشنجات التى كانت موجودة مدة الحمل لم يصح انكار استعمال الولادة المحرضة فى الاكلمبسيا التى يخشى صيرورتها ثقيلة قبل الطلق * قال المؤلف ويظهر ان لوفرغات استشعر بهذه الواسطة حيث قال اذا بقيت التشنجات ولم يحصل اتساع للعنق او كان قليلا فانى ازلق الاصبع بين الرحم والاغشية لافصلها عنها حسبما امكن فبذلك تنقطع العوارض بسبب ارتخاء الياف الرحم انتهى وهذه الطريقة التى لا اوقف فى ان اشير بها سيما وقد اوصى بها وتبعها هملتون مرات كثيرة لاجل الولادة المحرضة فى حالة ما اذا كان الحوض معيبا تستدعى غاية الانتباه من الممارسين

السادس يجرب بعد ذلك تمزيق الاغشية اذا بقيت التشنجات * كثيرا ما استعمل ذلك مورسوس فى النصف الاول من الطلق ثم انه سواء استعمل قبل الطلق او بعده ينال منه ارتخاء الرحم وفراغ فيها وذلك نادرا ما حصل منه اعانة

عظيمة وربما خشى فى صورة عدم النجاح صيرورة التحويل عسرا جدا بعد ذلك بسبب ضيق الرحم على الجنين بعد نزول المياه ولكن لايخاف من ذلك لانه متى حصل استعملت الولادة المحرضة فان نتايجها مشهورة

السابع التوسيع القهرى * ذكر بعضهم واسطة اخرى وهى النفوذ بعنف فى الرحم اعنى توسيعه وقال انه يمكن فعله بالاصابع تدريجا اذا لم يكن العنق محلا لآفة من الآفات ولا للتشنج لم يعسر قهر مقاومته ولا حاجة للآلة الموسعة التى اخترعها بارنى لكن لما كان من اللازم لنجاح هذه العملية الصبر والبطئ وانه ينتج منها تضرر بس عظيم وتهيج قد يزيد فى التشنجات كان الاحسن منها استعمال عملية الاطلاق بالشق فقد اتفق للمؤلف فى امرأة التزم ان يقهر عنق رحمها على الاتساع مع كونه كان صلبا رقيقا وكان اتساعه اقل من سعة الريال الفرانسا بقليل ووصل بذلك بواسطة اصبعه الى باطن الرحم غيرانه حصل للامرأة من ذلك الم شديد فرأى ان الانسب شق الفوهة مع ان هذه الحالة هى اجود الاحوال لاستعمال التوسيع القهرى لانه اذا كان السبب المانع للولادة زوغان العنق نفسه اوالتصاقه اواسقيروسه اوصلابته لم يكن من النافع استعماله

الثامن شق العنق * اطلاق العنق بالشق هو آخود وآء ذكر لذلك وهى عملية قديمة فاذا تعسر اتساع العنق بان كانت اليافه صلبة جافة متقلصة شقت القصة الرحمية وهذا الشق ليس مؤلما ولاخطرا وكثيرا ما استعمله دبويترن مع نجاح فى احوال البوليبوس العظيم الحجم واوصى به دلبيش فى التشنجات الرحمية المصاحبة لتشنج العنق ايضا وفعله كبيون مرة فى الحالة التى نحن بصددها ونجح معه فشق من كل جانب شقا

والعملية سهلة بسيطة والاحسن لاجل ان لايحصل منها جرح عميق فعل شقوق كثيرة على رأى قطولى وهوسكانى وجميع من يعول على عملية الشق الرحمى المهبلى فمن حيث ان العنق صار بالمطلق رقيقا جدا غالبا وعلى هيئة ترس شعاعه اصبعان تقريبا يصح ان تشق سعة عظيمة منه بدون خوف

فلو كانت

فلو كان بدل العنق حجاب حاجز منقوب او تولد غشاء فى منع الولادة يشق ايضا فاذا كان المهبل نفسه منسدا فتح فيه طريق يخرج منه الجنين

التاسع العملية القيصرية * لو فرض ان الا كلمبسيا ناشئة من ضيق فى الحوض غير قابل للعلاج نظر هل المناسب فعل العملية القيصرية ام لا ولنقصر الكلام الآن هنا على ان هذه العملية تميل بالذات لنجاة الجنين وان الجنين فى التشنجات يولد فى الغالب ميتا حتى وان خرج من الطرق الاعتيادية

العاشر كسر الجمجمة * هذه واسطة يلزم حينئذ ان تفضل على العملية القيصرية لان بمساعدة الجفت الجمجمى المفتت للحكيم بودلوك يمكن ان يستخرج الرأس بدون حصول خطر للام وكثيرا ما يحكمون فى بلاد الانقليز بفعل ذلك وان لم يكن فى الحوض عيب اما فى فرانسا فبالعكس اذ يجتهدون فى حفظ الجنين وان كان فيه خطر على الام

ثالثا بقى هناك واسطة اخيرة لحفظ الجنين اذا ماتت الام بدون ان تخلص من حملها وذلك انه ينبغى استخراج الجنين منها كما لو كانت حية اما من المهبل اذا لم يكن هناك مانع او بالقطع الرحمى البطنى فى حالة العكس لكن ينبغى فى مثل هذه الحالة ان يعتبر النجاح قليلا بل وان عجل ذلك لان وفاة الام حينئذ يعقبه حالا وفاة ولدها وعلى كل حال فشق العنق اولى من فتح البطن

رابعا بعد الولادة * اذا لم يحصل تخلص المشيمة ينبغى المبادرة بفعل ذلك اذا عرضت التشنجات بعد الولادة وسواء كانت الا كلمبسيا حينئذ ناشئة من الهبوط الفجائى الذى حصل فى الرحم او من نزيف دموى غزير او من تمزق عنق الرحم او العجان او من وجود خلط دموية او غيرها من الاجسام الغريبة فى الرحم ينبغى اخراج المشيمة باسرع ما يمكن وذلك غير عسر فى الساعات الاول فان الاعضاء تبقى رخوة بحيث يمكن ان تنفذ اليد منها لتصل الى المشيمة وتفصلها بخلافه فى اليوم التالى وما بعده فانه يكون عسرا وبالجملة فهذه الطريقة العلاجية التى تستدعيها الاعراض صحيحة فلا تؤخر عن وقتها والغالب ان التشنجات التى تحصل بعد الولادة ناشئة من وجود تجمدات دموية

فى الرحم فلا علاج لها الا بتخليص الرحم من ذلك * والوسائط الخاصة التى تعالج بها التشنجات الحاصلة بعد الولادة هى الضغط على الخثلة والحقن بالمرخيات والمخدرات والمنظفات والمضادات للعفونة على حسب السبب المحدث للداء والعلاج المناسب للافات التى قد يكون الحوض مجلسا لها وبالاختصار بقية المعالجات الاخر مستعملة هنا ايضا

(الثانى اختصار علاجى)

الاتيروما الميسا (لعله البادرنجبويه) اوزهر البرتقان او النعناع ممزوجا بذلك الماء بمقادير مختلفة حسبما يقتضيه الحال من منقوع زهر الزيزفون والخشخاش البرى اوورق البرتقان او ماء الخس او غيرذلك مع شراب ملطف كالاشربة اللازجة جميع ذلك لا ينبغى اهماله فى الاحوال التى تشبه فيها التشنجات داء الاختناق الرحمى اوالصرع خصوصا اذا كانت المرأة عصبية قوية التنبه اولينفاوية وشراب القرنفل وشراب الخشخاش الابيض اى شراب دياكود وبلوع لسان الكلب وخلاصة الافيون وصبغته اللتان امر بهما الحكيم غرسون سيما بعد الفصد قد تنفع فى ذلك ايضا مفردة او مضافة لحامل لها من الادوية السابقة اوعلى شكل آخر فتناسب فى تلك الاحوال نفسها

وقد استعمل الكافور ايضا لكن من حيث ان حالة المريضة حينئذ لا تسمح لها بابتلاعه لم يكن للطبيب واسطة الا اعطاؤه لها من طريق الشرج فى ربع حقنة ومثل ذلك ايضا الابيكاكوانا التى امر بها بلنك بمقدار نصف قمحة مع ثلاث قمحات من سكر فى كل ربع ساعة

ولما كان تقلص العنق وصلابته الاسقيروسية وضيقه التشنجى فى بعض الاحوال هى السبب الوحيد اواقله الرئيس للتشنجات كان من اللازم ان لا يهمل البحث فيها مع الانتباه فى الحالة التى يظهر انها هى منشأ الداء ولم تكف الاستفراغات الدموية يوضع على ذلك العنق المرهم الافيونى او مرهم البلادونا

والحمامات

والحمامات الفاترة تسكن التهيج سواء كان ذلك التسكين بواسطة السمباتيا اى الاشتراك بسبب فعله الملطف على الجلد او بتنقيصها الصفات المنبهة بالماء الذى نغذمعها فى المجموع الدورى او بتنقيصها قوة تشعع الحرارة فيؤمر بها بنجاح اذا لم تتسلطن الاعراض السكنية ولا يؤمر بها الا بعد الفصد اذا كانت المريضة فى حالة يمكن ان تفقد فيها شيأ من الدم بدون ان يحصل لها خطر اما بدون ذلك فانه يمكن ان تعين على فيضان الدم والاحتقان نحو المخ وينبغى ان لا تستعمل اذا كانت التشنجات ناشئة من نزيف او امتلاء معلى او كان هناك تمديد بجمود الرحم ولتمكث المرأة فى تلك الاستحمامات من نصف ساعة الى ساعة او اكثر على حسب ما تجده من الراحة ولا بأس ايضا حينئذ بادخال الماء فى المهبل بان تبعد حوافى الفرج قليلا ليدخل كما اوصى بذلك لوفرغات بل مدح ايضا الحقن وادخال المواد اللعابية فى عمق هذه القناة وربما انفع مع الوسائط الاخر المعقولة اذا خيف من حصول رد فعل مخى شديد غسل الرأس بالماء المتجلد فقط او مع غمس بقية الجسم فى حمام حار والكن استعمال ذلك يستدعى احتراسا عظيما وتعقلا جليلا

ويصح ان يستعمل مع ذلك ايضا المحولات من الخارج كالابزن واللزق الخردلية على القدمين او الساقين او الفخذين وحراقة كبيرة على القفا او على الخلة ايضا والدلك الجاف على طول السلسلة والاطراف

وقد استعمل ايضا بلاد الانقليز الكالوميلاس اى الزيبق الحلو بكمية مسهلة والاملاح المتكاثفة من طريق الفم او من طريق الشرج حقنا والغسلات المصنوعة من خلات النوشادر والسائل وروح الرومران المسمى ذلك النبات بعصى اللبان يغسل بها الرأس وقد ذكر ميرمان انه لم يفقد بتلك المعالجة من ثمان واربعين مريضا الا احدى عشر قواما فى زمن لشبيل فكان المفقود بمارستان الولادة نحو النصف مع ان المعالجة كانت جيدة قوية واما المقىء والمحاجم التشريطية فليس لها نجاح تفضل به على العلق والمحولات الاعتيادية

وفصد الذراع والقدم والوريد الوداجى نافع بل لازم غالبا مدة الحمل والولادة

سواء كانت التشنجات خفيفة اوشديدة فى جميع النساء الشابات الاقوياء الجيدة
المزاج والصحة الغير المنتهكات من نزفة سابقة والفصد الموضعى هو الذى يفعل
وحده اذا ظهرت التشنجات عقب نزيف فى النساء الضعاف ذوات الامزجة
اللينفاوية فاذا كانت الاصابة لهؤلاء بعد الولادة وانقطاع سيلان النفاس
صح ان يوضع العلق قرب الشفرين الكبيرين اوفى الاربية والافيوضع
على التنوين الحلميين
فاذا نقص امتلاء المجموع الوعائى وسمحت حالة المريضة باستعمال ما يأتى
امرت بالاستحمام وقد يكون احسن الوسائط عقب النزيف وبعد الولادة
اوالطلق الشاق المتعب استعمال الامراق المرجعة للقوى وبعض ملاعق
من نبيذ جيد ومن النافع ايضا الابزن الخردلية والحراريق والتشريط وغير ذلك
من المحولات فى الاحوال الثقيلة فتكون تابعة للفصد اوقائمة مقامه
اذا لم يسمح الحال باستعماله
فاذا عرض الداء قبل تمام الشهر السادس لزم معالجته وقهره بدون استفراغ
الرحم مما فيه امابعد ذلك فان حيوية الجنين جائزة فلا يحتاج لمثل
هذا الاحتراس فاذا لم تنجح المراهم ولا الحقن ولا الاستحمامات وكان الجنين
اوامه فى حالة خطر قريب الوقوع ولم يكن طريق للسلامة الا الولادة القهرية
وكانت دائرة الرحم رقيقة غير انها صلبة غير قابلة للتمدد فتقاوم الانقباضات
الرحمية بقوة لم يلزم التشكك فيما اوصى به بودان من فعل شق اوشقوق على
تقعيرها لتسترخى اجزاؤها استرخاء كافيا فاذا كانت المثانة متوترة لزم
تفريغها بالقاثاطير والقاعدة الكلية انه ينبغى جس المرأة بالقاثاطير مرتين
فى اليوم
وفى مدة النوب ينبغى ان تضبط وتحفظ الحركات التى قد يحصل منها خطر
ومع ذلك لابد ان يعطى لها اطلاق عظيم لان هناك مشاهدة اريد فيها قهر
تلك الحركات بعنف فحصل تنبه وزيادة وذكر غرديان سقوط نساء
فى التيتنوس بسبب ذلك وما يستعملونه من وضع عقل معدنية بين الاسنان

فى مثل تلك الحالة يعرض الاسنان للتحرك بل للكسر فيلزم حينئذ ان تهجر عقلة القابلة بوافين ويكون الاحسن ان يقتصر فى علاج ذلك على دفع اللسان الى باطن الفم فى ابتدآء النوبة وعند ما يميل الى الخروج وتوضع قطعة من خشب الخفاف بين القوسين الفكيين كما قال غرديان فتلك واسطة لا ينبغى اهمالها

(تتمة)

نذكر فى هذه التتمة عروض هذا الداء للاطفال الصغار على سبيل الاستطراد اى ذكر الشئ فى غير محله قضاء لتشوف الطالب ونقسم هذا الداء فيهم الى نوعين احدهما الكلبسيا الوضعية وثانيهما الكلبسيا سمباتوية اى اشتراكية

الاول الاكلبسيا الموضعية * يصيب هذا الداء فى الغالب الاطفال المولودين جديدا والعادة ان يكون نتيجة طلق شاق او مستطيل المدة او استخراج للجنين عنيف فاذا انضغط رأس الجنين بحفت الولادة او حصل انصباب دم على سطح المخ بسبب كسر فى الرأس او اندفع الدم بقوة فى العروق الباطنة وسيما عروق الرأس ووقف فيها بسبب انضغاط الجنين والمشيمة معا فى رحم انقبضت مدة طويلة او بسبب انضغاط متتابع على اجزاء مختلفة من الجسم عند استخراج الجنين بالقدمين او اختنقت رقبته بلفات من الحبل السرى او انضغطت على جدران الحوض فى المجئ بالوجه نتج من ذلك حالة سكتية وتلك السكتة كثيرا ما تتعلق بالاكلبسيا * قال دوجيس قد رأيت مشاهدتين قد دلت التشنجات فيهما الجنين المستخرج بالعملية القيصرية من امرأة ماتت قبل ذلك بيسير وشاهدت مرة انها قتلت جنينا استخرج بتلك العملية من امرأة حية وكان الفاعل لهذه العملية هو الحكيم دبواس ويصح ان يقال فى المشاهدتين الاولتين حيث انقطعت الدورة فى الام قبل خروج الجنين نتج من ذلك موته بوقوف الدم فيه اى بالاسفكسيا الدموية كما فى احوال ضغط الحبل السرى واما المشاهدة الثالثة فيعسر فيها معرفة ذلك

ثم ان الاكلبسيا الموضعية فى الاطفال قد تظهر فى يوم الولادة نفسه وانما يسبقها اعراض السكتة كاللون البنفسجى للوجه وانتفاخه واتساع

الحدقة واحتقان اوعية القزحية والملتحمة وعدم الحركة والسبات وارتخاء الاطراف او تيبسها وحركة شديدة فى القلب وقد يتأخر ظهور الداء وان كان ظهوره فى اليوم الرابع نادرا وفى مثل هذه الحالة يظهر قبله علامات سابقة حتى ولو زالت الاعراض السكتية وتلك العلامات هى الانزعاج والانين القصير وعدم انتظام التنفس وتلبكه والحركات الغير الغريبة المنتظمة والتثاوب المصحوب بارتعاش الفك السفلى وصرير الاسنان واحيانا يتعاقب على المريض زوال لونه ثم احمراره بل والعرق

والعلامات التى هى اقوى مما ذكرناه هى النعاس مع تيبس اليد منحنية نحو الحافة الزندية للساعد وتيبس الاصابع حالة كونها موضوعة بجميع طولها على راحة اليد ومغطية للابهام المنثنية انثناء شديدا ويمكن قهر هذا التيبس قهرا بر هيا فقط واذا كان الداء فى حالة شدة عظيمة امتد التيبس للساعد فيحصل فى اليد انكباب قهرى

وصفة النوبة انها تظهر بهيئة تحير وفزع وصفرة يعقبها حمرة وانتفاخ فى الوجه والعنق واتساع فى الحدقة وتصير الاعين منفتحة فيها حول ومنقلبة متحركة بحركات سريعة وتضطرب الاطراف مع تيبسها وانبساطها وتنقلب الشفة السفلى غالبا فى باطن الفم وينجذب ذلك الفم الى جهة اكثر من الاخرى ويكون التنفس فواقيا بسبب تشنج العضلات الصدرية ولا تدوم هذه النوبة الا بعض دقايق وعدد النوب مختلف جدا وقد يوجد فى فتراتها رجوع تام للصحة وهذه علامة جيدة وقد تبقى فى الفترات حالة دهشة تزيد تدريجيا حتى توصل للسبات ثم الموت الذى يمكن حصوله فى زمن من ثنتى عشرة ساعة الى اربعة ايام بعد ظهور العلامات الاول

وشفاء هذا الداء قد يحصل من ذاته اذا كان الانصباب قليلا او كانت الاكلمبسيا حاصلة من ضغط على المخ ناشئ عن سبب آخر كانخساف العظم فقد شوهد كثيرا ان هذا الانخساف الذى لا يمكن حصوله بدون كسر ارتفع شيأ فشيأ حتى زال بالكلية وزالت معه الاعراض التشنجية او الشللية الناشئة منه فالداء

فى تلك الاحوال من حيث انه ناشئ من تأثير سبب مادى وهو تراكم الدم الوريدى فى الاوعية المخية او انصبابه فى الجمجمة لا ينبغى فيه انتظار منفعة من استعمال مضادات التشنج وانما يلزم ازالة الامتلاء العام او الموضعى وارجاع اطلاق التنفس فهاتان الدلالتان هما الاصليتان والمعالجة المناسبة لهاتين الدلالتين هى الفصد السرى والنفخ اذا تتابعت عوارض الداء بعد الولادة حالا فاذا حصلت لجيا بعد ذلك بزمن ما لزم الفصد الشعرى بالعلق مرة او مرتين على الصدغين او خلف الاذنين فبذلك يسهل ايقاف انسكاب الدم والاحتراز من النزيف المهلك او الضعف الزائد فاذا طال الداء كان من النافع حفظ البطن منطلقا بمليّنات اى مسهلات لطيفة وقد تنفع اللزق الخردلية اذا كان الاندهاش عميقا واما الجرار يق خلف الاذن او على الرأس فلا تناسب الا ضدا للتحليل الذى يمكن ان يتبع التشنجات ومثلها المروخات الزيبقية وغيرها من الوسائط التى من خواصها انها تعين على امتصاص السائلات المنصبة

الثانى الاكلمبسيا الاشتراكية * هى تظهر غالبا مدة السنين الاول اعنى قرب الشهر السادس من الحياة الخارجة عن الرحم وقد تظهر مرات كثيرة فى مدة السنين الاربعة او الخمسة الاول نوبات من الاكلمبسيا ناشئة من آفة عضوية فى المخ كضموره او انصباب محدود فيه او نحو ذلك لكن الداء يكون حينئذ شبيها بالصرع الموضعى وقد يتسبب هذا الداء من وجود ديدان فى الامعاء ومن سوء الهضم ويحصل ايضا فى مدة تفريخ مرض اندفاعى اى تولده ولاسيما الجدرى ومن المشاهد ان الرعشة فى منشأ اغلب الافات الحمية والالتهابية كالنزلة الصدرية ونحوها كثيرا ما يصحبها فى الاطفال الصغار فى السن نوبة او نوبتان او ثلاث من الاكلمبسيا وهذه النوب تختلف عن نوب النوع الاول فى كونها دائما تشبه اعراض الصرع لكن قد يبقى بعدها قليل من الاندهاش والسبات او لا يبقى شئ من ذلك واحيانا لا تترك بعدها الا نصف المعارف اللائقة بالصغار ويؤخذ الحكم بذلك من العنف الذى يحصل لهم فى ممارسة الحركات التى يؤمرون بها كجذب اللسان الى الخارج ونحو ذلك ومن المعلوم

ان علامته تكون جيدة اذا حصل فى مدة تفريخ الجدرى ومع ذلك قد يتكرر احيانا او ينقل ويستطيل وفى كل مرة يزيد ميله للسكتة حتى يحصل اما الموت او الفالج او الشفاء التدريجى

والذى ينبغى هو معرفة ينبوع العوارض وعلاجها مباشرة فالتسنين العسر لا يستدعى شق اللثة الا اذا كانت الا كلمبسيا ثقيلة مغمة والا فيقتصر على الاستحمامات والحقن والمشروبات المضادة للتشنج كماء زهر البرتقان والمليسا والزيزفون ونحوها والعصارة اللبنية للخس والخشخاش ونحوهما فان كان الداء ناشئا عن ديدان عولج بمضاد الديدان وان كان عن سوء الهضم عولج بالمشروبات الشائية والعطرية او بالمياه المقطرة العطرية وربما عولج ايضا بالمقيء * قال دوجيس وهذه الواسطة الاخيرة اى المقيء يعالج بها الاكلمبسيا فى الاطفال الصغار علاجا تجربيا بلادى التى هى وطنى ولا يحصل منها خطر الا اذا كان الداء فيه ميل قوى للسكتة اما فى غير هذه الحالة فيظهر انه نافع فان كان الداء ناشئا عن احتقان دموى فى المخ وظهر ذلك بعلاماته الخاصة كالوجه البنفسجى وغير ذلك كان الفصد الموضعى اكثر لزوما منه فى الاكلمبسيا الموضعية

(المبحث الثالث)

(فى سقوط الحبيل السرى)

سقوط الحبيل السرى وان لم يكن نادرا لا انه غير زائد الكثرة فانه لم يشاهد فى ١٥٦٩٢ ولادة الا احدى واربعين مرة فى بيت الولادة بباريس واما كثرته فى الاماكن الخارجة عن المارستانات فذلك ناشئ غالبا من سرعة اعمال الاشخاص الذى يحضرون النساء لانه ينشأ من ذلك دائما فاذكره بلا لئمن كونه دائما نتيجة الاجتهاد فى تعجيل تخليص المشيمة غلط واضح لان المؤلف اتفق انه كان مع التلامذة ينتظر امرأة آتية له تريد الولادة فمكثت نحو نصف ساعة وهى عند بواب المدرسة ولم يجسها احد قبل ذلك ولما وصلت الى الاوضة وجد من حبيلها السرى عروة خارجة من الفرج طولها جملة اصابع

مع ان العنق اذذاك كان قليل الاتساع وامثال ذلك كثيرة

الاسباب * اسباب هذا العارض يمكن ان تنسب اولا لزيادة كمية السائل الامنيوسي وثانيا لزيادة طول الحبيل وثالثا لخروج المياه بعنف وقت تمزق القرن وذكر ميخاليس ان الحبيل الموضوع في التقعير المقدم للجنين اثناء ماء كثير لا ينجذب غالبا الى الخارج وذلك لان ماء الامنيوس ينقص في اواخر اشهر الحمل وانه في الغالب يكون ملفوفا حول عنق الرحم ولانه كثيرا ما ينزل حينئذ منحدرا على ظهر الجنين

الانذار * عدوا في جميع الازمنة السالفة سقوط الحبيل عارضا خطرا لا بسبب انه يجعل الولادة عسرة او يحصل منه خطر للمرأة وانما لكونه يعرض الجنين للموت قبل ان يولد والموت في هذه الحالة ناتج ولا بد من انقطاع سير الدم في عروق الحبيل لا من غيره على الصحيح والمولدون اختلفوا في المانع للدورة فقيل ان الدم يبرد بدرجة الحرارة الخارجة ويجمد في العروة المعلقة الساقطة خارج الفرج وهذا رأى دولاموت وموريسوس ولكن بعدهما ردوا ذلك بانه لكونه مدفوعا من قلب الجنين الى المشيمة وراجعا من المشيمة الى القلب يظهر انه يكون اقل قابلية للتجمد في الحبيل مادام الجنين باقيا على حياته ولم تكن درجة حرارة الجو حول المرأة التي في الطلق منخفضة جدا ومن جهة اخرى كثيرا ما شوهد ان النبضات بقيت محفوظة زمنا طويلا بعد الولادة في الحبيل سواء كانت المشيمة باقية في الرحم او كان الجنين انفصل بالكلية من الام ونحن نقول ان عندنا مشاهدات تقوى رأى دولاموت نحن الغلط انكار تأثير البرد على دم الحبيل فانه لكونه ملزوما بان يجتاز مسافة طويلة نافذا من قنوات ضعيفة الفاعلية اسطوانية مختلفة الاعوجاج مع كون الاندفاع ضعيف القوة طبيعة وربما ضعف ايضا من اسباب كثيرة يكون ولا بد معرضا للتلف من ادنى تغير في درجة الحرارة اكثر منه في بقية اقسام المجموع الوعائي فعلم من ذلك انه بمروره الفجائي من ٢٨ درجة او ٣٠ الى ٨ او ١٢ درجة يفقد سائليته فيسبب موت

الجنين سيما اذا كانت الدورة قبل ذلك بطيئة بسبب ضغط على اعضائها

ويمكن نسبة هذه العوارض الرئيسة هنا للضغط وذلك لانه اذا نزلت المياه وسقط الحبيل قبل الرأس او المقعدة فان اوعيته تتفرطح غالبا مدة الحركات الغنيفة للاندفاع ومع ذلك اذا كان الحوض واسعا او الجنين عظيم الجحم وكانت الاوعية موضوعة قرب احد التقويرين العجزيين الحرقفيين وكانت الجبهة او المقعدة في الجهة المقابلة لذلك جاز ان يكون ضغط هذه الاوعية خفيفا بحيث لا ينقطع به سير الدم فيها

ثم انهم قالوا ان الموت يعرض بسبب افراط الدم او السكتة او قلة الدم او الاغماء او الاسفكسيا او عدم تكسد الدم اى اكتسابه الاوكسيجين خلاف بين المؤلفين وهذا كله غير صحيح ولا يصح ان يتمسك بان الوريد يكون اقل انضغاطا من الشريانين كما قال البعض او العكس كما قال آخرون لان الضغط على الاوعية الثلاثة متساو فلا يفتش على اسباب الموت المهدد به الجنين في كمية الدم وانما يفتش على ذلك في الوقوف الفجائي او التدريجي للدورة

وبالاختصار اذا كان الحبيل باردا غير ضراب ذابلا مخضرا لم يشك في موت الجنين فان بعد زمن اتمام الطلق وانحصار الرأس بقوة وعسر تغيير وضعه كان الانذار ايضا مغما جدا اما اذا كان الاندفاع باقيا مع قوة والولادة سائرة بسرعة حتى ولو كان الحبيل دقيقا ذابلا جاز ان لا يحصل من خروج ذلك الحبيل خطر اصلا

المعالجة يعالج هذا السقوط بكيفيات كثيرة فاذا اتى الجنين بالعرض سواء بالكتف او بالحرقفة ولم يكن اتساع العنق كافيا بحيث يسمح بعملية التحويل ينبغي ان تقهر عروة الحبيل الخارجة على الدخول في الرحم فان كان الطلق متقدما يفتش على القدمين ويكون من الخطر انتظار الاتساع التام لفعل ذلك اذا شوهد ضعف الضربات ضعفا محسوسا

فاذا اتى الطرف الحوضي اولا وكانت الانقباضات قوية بكفاية ثم ان

نتيجة ذلك بجذب الاطراف البطنية جذبا مناسبا اما اذا خرج الحبيل قدام الرأس فانه يستدعى حينئذ وسائط سريعة فالقدماء فى مثل هذه الحالة كانوا يدفعونه ويحفظونه فى المهبل وقال مورسوس انه يحاط بخرقة مبتلة من نبيذ حار لتمنع تبريده بالهواء وذكر داثمان انه يوضع فى كيس ليذهب به اعلى الرأس وقبل ان يذهب به الى هذا الموضع الثانى اشاروا بان يثبت فى اسفنجة وذلك ليخف الضغط عليه وهذا كله غير موثوق به والجراحون الآن استخدموا لذلك الاصابع او قضيبا من القيطس يعلوه اسفنجة او حلقة ودوكب اشار بنوع جفت محوى فى انبوبة صغيرة شبيهة بحاملة العقدة لدسولت واتقنت القابلة مرسينه هذه الآلة ودودان وميخاليس اكتفيا بمسبار من صمغ مرن ثخونته تسعة وفيه سخم الذى يخدم لتثبيت طرف شريط نافذ من احد عينى الآلة فبهذا الشريط يمسك الحبيل فى طرف المسبار بدون ضغط عليه ويذهب به الى تجويف الرحم ثم يترك هناك بجذب السيخ اولا ثم المسبار نفسه قال ميخاليس انه يلزم حينئذ على ذلك ان يذهب بالحبيل فى تجويف الرحم الى محال عال جدا لان العنق الذى هو رخو متسع من الاسفل يكون فى العادة ضيقا فى جزئه العلوى واشاروا ايضا بادخال رفائد درجية وخرق تثبت بين رأس الجنين واعضاء الام واخترع شيبون آلة وكيفية ليست هى الا تنوعا جيدا لكيفية دودان وهى تقوم من مسبار من صمغ مرن طوله من ١٢ الى ١٥ قيراطا وقطره من خمسة خطوط الى ستة وينفذ فيه شريط من حرير مثنى بازدواج ويلف طرفه حول عروة الحبيل السرى قبل ان يدخل وحده فى الثقب الثانى من الآلة ثم يدخل فى المسبار سيخ حتى يصل الى طرفه ليثبت الشريط فحينئذ يذهب بالكل الى تجويف الرحم ثم يجذب اولا السيخ وبعد ذلك المسبار وقد اخترعت ايضا آلات اخر وبعضهم وهو كروف قال ان الاسرع والاكد ان توجه اليد كلها للرحم لتعلق بها العروة السرية فى احد اطراف الجنين وقال المؤلف اغلب هذه الوسائط يمكن ان يحصل منه نجاح ولا بد غير انه لا شئ منها يستحق التفضيل على غيره لان كيفية حفظ الحبيل تختلف باختلاف

الاحوال فاذا كان الجنين ميتا لم يستدع وجود الحبيل فعلا مخصوصا فان كان حيا ببلزاولا ان يكون الرأس قريبا النفوذ من المضيق السفلى ففى هذه الحالة يكفى ان يطلب من المرأة تشغيل اوجاعها بقوة وثانيا ان يكون فى التقعير والطلق لم يسر الا بطئ فحينئذ يكون ادخال الحبيل غير ممكن فى الغالب فاذا علم بعد تجربة ذلك ان الضربات فقدت قوتها ينبغى المبادرة بوضع جفت الولادة وثالثا ان يتعسر نفوذه فحينئذ يمسك هذا القضيب الوعائى ويكبب ويجتهد فى ادخاله ودفعه على جوانب الرأس بل اعلاه اذا امكن حتى لا يكون فيه ادنى ميل للسقوط ويحفظ فى ذلك الوضع حتى ان الانقباضات الرحمية تثبت الجمجمة تثبيتا متينا فى المضيق فبالاختصار اذا حصل تعسر فى ادخال الاصابع اوكانت غير كافية جاز ان يستعان على ذلك بوسائط ميخانكية كآلة دوكب ودودان وحاملة الحبيل التى هى على هيئة المصبع للطبيب جليون وقبل ان نذهب الى عملية التحويل ينبغى ايضا ان تستعمل الواسطة العملية التى اشار بها كروف

وزعمت القابلة لشبيل مع كثير من المتأخرين انه لا ينبغى اتباع عمل هذا الجراح الانقليزى لان اليد متى دخلت فى الرحم جذبت معها حالا القدمين قال المؤلف اما انا فلا اقول بذلك فان حياة الجنين معرضة جدا للخطر فى الولادة القهرية بالحوض حتى انه تختار الولادة بالرأس متى امكنت وقطع الحبيل بعد رباطين كما اوصى به دوفنتير يكون خطرا جدا اذا تأخرت الولادة ولذا لم يتجاسر احد الآن على فعله

فاذا التزم الشخص ان يخرج الجنين باليد او بالجفت كان من المهم اتباع وصية بوبراعى انه قبل ان يشتغل بالقدمين او بالرأس يلزم ان يجتهد ايضا فى ادخال الحبيل فان بدون ذلك الاحتراس ينضغط ولا بد فى الغالب اما من يد الطبيب المولد او من الحرقفتين او المنكبين او من جزء آخر صلب من اجزاء الجنين فبالنظر لذلك تكون الولادة الصناعية نفسها مصاحبة لاخطار كثيرة ولذلك استحسن بعضهم عدم فعلها وان فى مثل تلك الحالة يترك الامر لقوى الطبيعة

وهو رأى جلوت ايضا * قال المؤلف واظن انه لا ينبغى التوقف فى العمل متى كان لبلفتها بلا للوضع وابتدأت ضربات الحبيل فى الضعف وكان العنق متسعا والرأس لم يزل متحركا فى المضيق العلوى ولم ينجح شئ من الوسائط السابقة لكن اذا لم ينته الطلق بسرعة فان الجنين حينئذ يكون معرضا للموت محقق فاذا احتم الامر باستخراجه كان من المحقق انه قد يخرج ميتا لكن من المحقق ايضا ان اقل ما يكون ان جملة من الاجنة يخلصون من الموت بذلك

(المبحث الرابع)

(فى قصر الحبيل السرى)

(المطلب الاول)

(فى القصر الطبيعى)

كانوا يظنون الى زمن بودلوك ان خروج الجنين قد يمنع او اقله ان يتعوق زمنا طويلا بسبب قصر الحبيل فقال دولاموت اذا كانت المشيمة ممسوكة فى عمق الرحم فان الرأس الذى اندفع نحو المضيق السفلى مدة الانقباضات يصعد الى اعلى مدة فترات الاوجاع فيشاهد فى كل حركة عنيفة تفعلها المرأة دخول القصعدوة فى الفرج وقربها لان تنفذ من المضيق ثم بعد مضى تلك الحركة تذهب صاعدة الى اعلى ويستمر ذلك الحال مدة ساعات كثيرة * قال المؤلف وهذا الفعل الاخير صحيح غير انه قد لا يكون له تعلق اصلا بالحبيل السرى فانه يشاهد هكذا على الخصوص فى الشابات الاقوياء وفى اول ولادة ويكون ناشئا حينئذ من مرونة العجان فينقاد ذلك العجان لذلك مدة كون الرحم المساعدة بعضلات البطن تدفع الرأس وتبرزها الى الخارج ومتى زال الانقباض وجهت المقاومة الطبيعية للرأس القعف الحائط الحوضى ومرونة الجمجمة تعين على هذه الغاية ثم اذا جاء الانقباض يدخل الرأس فى المضيق وبعد زواله يصعد مادام قطره الاعرض لم ينفذ من الدائرة الحوضية وهذه الظاهرة نشاهد ايضا فى المضيق العلوى لكن اقل من مشاهدتها فى السفلى لان العجان لا فعل له حينئذ لكن من الغلط ان تمسك بما قاله بودلوك

من ان الحبيل القصير جدا لا يضر فى الولادة اصلا

ثم ان الحبيل قد يرجع طوله الى خمسة قراريط اواربعة بل قد يكون قيراطين ونصفا وقد شوهد كونه قصيرا جدا بحيث ان سرة الجنين بعد ولادته بقيت ملاصقة للفرج حتى انفصلت المشيمة وزعم بعضهم انه شاهد جذب بطن مولود لداخل المهبل بحيث كاد ان يوقف تنفسه وشوهد ايضا ان الحبيل كاد ان لا يكون له وجود اصلا فكانت المشيمة ترى كانها ملتصقة بالبطن وفى مثل تلك الحالة تكون المشيمة معرضة لان تنفصل قبل اوان انفصالها وذلك يمكن ان يعين على انقلاب الرحم ويولد نزيفا ويوقع الجنين فى خطر فقد الحياة اذا طالت مدة الطلق فالانجذابات التى تنتج من ذلك يلزم ان تبطئ الانقباضات الرحمية بل توقفها واقله ان تشوشها فتوقف الطلق ففى بعض الاحيان يمنع هذا القصر بحركته الميخانيكية اندفاع الجنين والمرأة تحس باوجاع مخصوصة فى محل اندغام المشيمة شبهها جلوت بالاوجاع التى تحصل من جذب الحبيل قبل اوانه عند عملية تخليص المشيمة والمشاهدات التى تثبت جميع ذلك كثيرة فلا التفات لما قاله برزوس من ان طول الحبيل يكون فى العادة اربعة اقدام فان نقص عن ذلك خشى منه حصول عوارض.

(المطلب الثانى)

(القصر العارضى)

الحبيل الغير القصير قد يصير قصيرا بسبب التفافه على الجنين جملة لفات فلذلك لا تحصل العوارض الا من افراط طوله

الكثرة والانواع * كثيرا ما يشاهد التفاف الحبيل على الجنين والغالب التفافه على عنقه والطبيب بوذ كر لذلك اثنى عشر نوعا شاهدها فتارة يكون بهيئة مقلاع على القمحدوة اوغيرها من اجزاء الرأس اوعلى البطن اوالآباط اوالاطراف اوغير ذلك وشوهد منه خمس لفات على العنق اوست ثم يمر تحت الابطين وعلى الصدر ويمكن ايضا ان لا يصل للعنق الا بعد ان ينزل بين الفخذين ثم يصعد على طول الظهر كما شوهد احيانا احاطته بالاطراف والعنق معا

ومن اغرب ماشوهد ان هذا الحبيل جاء من السرة واحاط بالذراع الايسر ثم بمقدم الصدر ثم حول العنق ثم خلف المنكب وتحت الابط الايمن ثم على الاربية وتحت المابض ثم حول الساق وهنالك التف لفتين ثم تحت القدم الايمن وشوهد مرة اخرى ان احدى لفتى العنق دخل فيها ايضا الابط والمنكب الايسر وكان عاقبة ذلك اختناق الجنين فجزء الحبيل الذى يبقى خالصا يصح ان يكون قصيرا جدا بحيث يخاف حصول العوارض منه كما يخاف فى حالة القصر الحقيقى

وكانوا يظنون ان لف الحبيل يفعل فعل الرباط فيحدث الاسفكسيا اى اختناق الجنين * قال المؤلف وقد شاهدت كثيرا من الاطفال يولدون ومعهم هذا الالتفاف حول العنق ولم يحصل لهم ادنى خطر من ذلك وما زعموه من مشاهدة الاختناق من ذلك انما كان من عدم التنفس واما بالنظر للجنين فلا يمكن وصول الموت له بهذه الكيفية بل يندر ان يضيق الحبيل على العنق بحيث يسد الوداجين الباطنين او السباتيين فتضييق الحبيل انما يتعب نفس العروق السرية فى الغالب

واما كثرة هذا الالتفاف فعلى حسب ما يؤخذ من مشاهدات جلوت ان فى كل خمس مرات تقريبا مرة واحدة واما زمن وجوده فقد يكون قبل تمام الاشهر باشهر كثيرة فيصير حينئذ سببا للامور الخارجة عن العادة فقد شوهد تأثيره كتأثير فرع من العليق متلاصق بشجرة فيبقى على اطراف الجنين ميازيب عميقة جدا وينتج اختناقات حتى فى العظام نفسها وشوهد فى العنق من تأثيره ثلاث دوائر ضيقة يقرب سمكها من خطين وكان الجنين عظيم النمو والمشيمة غليظة * قال المؤلف وقد شاهدت كثيرا من الجهوضين لم ينشأ موتهم القديم وضمور حبيلهم الا من ذلك ويوجد فى رسالة البحث للطبيب دودمان خمس مشاهدات فيها عوارض ثقيلة مسببة عن التفاف الحبيل

الانذار * التفاف الحبيل يعرض اولا لجميع اخطار قصره الحقيقى اعنى لانجذاب المشيمة والنزيف وانقلاب الرحم والآلام الشديدة وثانيا انه يؤخر

زمن الولادة بالمقاومة الميخانكية التى يعارض بها نزول الرأس ويمكن ان يقتل الجنين بايقافه دورة الدم مادام الجيب المائى كاملا منع الجنين الرحم من ان يضيق والحبل الموضوع حول العنق يرفع الجنين بسهولة بعد كل انقباض ومن حيث ان الرأس لم يكن ممسوكا الى الآن الا بثقله وان الاجزاء كلها ناعمة سهلة الانزلاق فلفات العنق ترتخى بسرعة فتسمح للدورة بالاستدامة مالم تمد تمزق الاغشية ووصول الرأس الى التقعير والمضيق السفلى فلا يحصل ذلك فان الرحم وان كانت تضيق وتقذف الجنين بسهولة الا ان الرأس اذا وقف فى المضيق العلوى لم يمكنه ان يصعد فى فترات الانقباضات وارتخاء الرحم الذى يميل لان يرفع الحبل يزيد دائما فى الضيق الحاصل من اللفات التى حول العنق ولذلك يأتى المولود فى مثل هذه الحالة برأس متغير اللون اوفى حالة سكتية اذا لم يمت بالكلية من عدم انتهاء الطلق بسرعة.

فاذا قصر الحبل جدا بلفه حول العنق لم يوجد فى الطلق اولا شئ مخصوص وانما يمكن الشك فى آخر الزمن الاول اوفى اتساع العنق فان عندنا للحكيم جلوت مشاهدات كثيرة تثبت ان نزول الجنين بعد هذا الزمن يظهر انه يقف وان كانت المرأة لم تزل متألمة وان الرأس يصعد كله الى اعلى المضيق العلوى عندما ينقطع الانقباض وان الوجع الذى هو شديد فى محل معين ومتميز عن الاوجاع الاعتيادية للطلق يحمل المرأة على ان تحبس حركاتها العنيفة بدل ان تتابعها ومتى انكسر القرن اتجه الرأس بدون عائق وبدون اعراض مخصوصة حتى يصل الى ارضية الحوض لكن لا يخرج من المضيق الخبانى بدون ان يعرض المرأة لنفس الظاهرات التى كابدتها فى المضيق العلوى فحينئذ اذا ازلقت الاصبع تحت قوس العانة على طول الجدار المقدم للتقعير امكن فى بعض الاحوال دخولها الى العنق وتحقيق الحالة التى هو عليها

العلاج* يعلم مما ذكرنا من العلامات ان كسر القرن هو احسن الوسائط لعلاج العوارض الاول لالتفاف الحبل على عنق الجنين فلا يصح تزايد انتهاء الطلق اذا اريد الاحتراس من موت الجنين واما طريقة سميلى واولد من وضع

اصبعين

اصبعين فى المستقيم لتمنع الجبهة عن الصعود فلا ينبغى استعمالها لانها انما تعين على اختناق الاجزاء وكذلك طريقة بورتون من قطع الحبيل قريبا جدا من السرة فانها خطرة ومن السعد ان هذه الاسباب لهذا العسر فى الولادة نادرة الحصول لانه يعسر معرفتها مادام الرأس لم ينفذ من المضيق السفلى ماعدا بعض احوال يأتى الجنين فيها بالحوض ويمكن فيها ان يحس بالحبيل متوترا جدا بين اصلى الفخذين او حول طرف من الاطراف او على طول البطن فظن وجود هذا العارض انما يستند على تخمين مبهم غير اكيد لا يوثق به ومع ذلك اذا وصل الطبيب لمعرفة قصر الحبيل ينبغى المبادرة بقطعه فى حالة ما اذا كان الجنين فى خطر حقيق وكان الطلق بعيد الانتهاء ثم ينتبه بعد ذلك لتخليص المرأة من الحمل باسرع ما يمكن سواء باليد او بالجفت فاذا لم تدرك لفات العنق الا فى اللحظة التى خرج فيها الرأس سهل العلاج حينئذ فى الغالب فاذا كان هناك عروة مرتخية جدا وساق سرى طويل فالغالب ان الجنين يخرج ايضا خروجا جيدا ولا يكون هناك شئ يلزم فعله اما فى حالة العكس فتخلص او تقطع هذه العروة حتى ان التنفس يرجع حالا ويزول احتقان الرأس بنزول الدم من الحبيل كما قيل ذلك فى فصل سكتة الاطفال المولودين جديدا وقد ذكر سميت حالة انقلاب للرحم ناتج من قصر الحبيل فاشار بانه لاجل ارتخاء لفات هذا الساق يجذب اولا من جزئه المشيمى ثم يزلق به على جانب المنكبين وذلك احسن من انزلاقه على اعلى الرأس

(المبحث الخامس)

(فى انورسما الحوامل)

اتساع الشرايين التى فى باطن التجاويف الحشوية بل اتساع الشرايين الغليظة الظاهرة ايضا يكون دائما فى ذاته مرضا ثقيلا ويكثر خطره للحبالى بسبب الافعال الشاقة للطلق فالانقباضات العضلية وما يتبعها من اندفاع الدم تحدث بسهولة تمزق الورم الدموى اذا لم يبادر بتفريغ الرحم فيلزم فى هذه الحالة ان تؤمر المرأة بان لا تساعد اوجاعها الا باخف ما يمكن وعند ما يكون العنق

متسعا كفاية او قابلا للاتساع يستخرج الجنين باليد او بجفت الولادة

(المبحث الخامس)

فى الربو والاستسقاء الصدرى والبطنى وانحناء شوك الظهر ونحو ذلك

جميع الامراض التى تصير التنفس عسرا قد يضطر معها الفعل شئ فى الولادة لاان تترك لوسائط البنية وحدها اذ لا يجهل احدان المرضى بداء الربو معرضات للاختناق اذا فعلن حركات شديدة ومثلهن المصابات بانسكاب فى الصدر واللواتى عندهن تعب فى اطلاق تمدد الرئة بسبب زوغان فى السلسلة او غير ذلك فلذلك اوصى الممارسون فى هذه الاحوال بتلطيف الحركات العنيفة من المرأة وتخليصها من الحمل بالصناعة متى سمحت حالة الاعضاء بمسك الجنين بدون خطر زائد وتراعى تلك الوصية ايضا اذا كانت الولادة مضاعفة بوجود اورام كبيرة الحجم فى البطن او استسقاء فيه فيمكن كما فى الاحوال السابقة حصول الاسفكسيا اى الاختناق من الحركات العنيفة التى تفعلها المرأة او اقله ان يعقبها خود خطر فى القوى العقلية والعصبية ومع ذلك ينبغى ان ننبه على ان كثيرا من المستسقيات يلدن بسهولة كالمتمتعين بصحة جيدة فقد شاهد المؤلف مستسقية ابتذلت لاجل دائها ستا وثلاثين مرة وولدت بسهولة كما يلد غيرها فى بعض ساعات ومستسقية اخرى معها هذا الداء منذ اربع سنين وما مكثت مدة اعمال الولادة الا ساعتين مع ان بطنها كانت كبيرة الحجم جدا وبذل بطنها فى مدة حملها مرات كثيرة ووجد السائل فى مرة منها نحو ثلاثين رطلا وذكر مورسوس مستسقية مكثت بهذا الداء تسع سنين وولدت فى هذا الزمن اربعة اولاد احياء مع ان عضلات البطن فى المستسقيات ضعيفة جدا ومنفصلة عن الرحم بطبقة سميكة من سائل ففعلها فى الطلق مباشرة ضعيف القوة جدا * قال المؤلف ويظهر لى ان اغلب المستسقيات اللواتى يحملن فى هذه الحالة ويلدن بدون عوارض يكون استسقاؤهن متكيسا لا انه استسقاء حقيقى وما عليك لتأكيد ذلك الا مراجعة رسالة اسكاربا ومشاهدات غيره مما يتعلق بذلك

المبحث السابع

(المبحث السابع)

(فى فتوق الحوامل)

متى كان الفتق قابلا للرد مهما كان نوعه ينبغى ادخاله قبل ان تقوى الاوجاع من نزوله ويحترس عند كل انقباض بوضع الاصبع اواليد نفسها اوكرة مكببة على الفتحة التى يخرج منها والمباشر لذلك اما الطبيب المولد اومساعد حاذق معه غيره لا المرأة نفسها لشغلها بآلامها فان كان العنق قديما اوغير قابل للرد اكتفى بحفظه جيدا بحيث يمنع اختناقه ولا ينزل معه جزء حشوى آخر وبالجملة فالولادة حينئذ لا تستدعى اعانة مخصوصة وانما يطلب تنقيص الميل لذلك بتلطيف المرأة اوجاعها فاذا لم يتيسر منع نزول الفتق بسبب شدة الحركات العنيفة اوحصل فيه قبل ذلك اختناق وكان الطلق متقدما ينبغى استخراج الجنين مع الاحتراسات المناسبة متى سمح اتساع العنق بذلك

(المبحث الثامن)

(فى الاغماء والضعف)

هذه النساء من رقتهن ولطفهن وشدة حساسيتهن يغمى عليهن من ادنى وجع وقد ينشأ الاغماء والغشى من زيادة توتر الرحم وتمددها اومن قوة الانقباضات اومن الضعف اوالنزيف اوغير ذلك وشاهد دبزموس استدامة الاغماء فى حامل بنوءمين مدة فترات الانقباضات ولا تخرج المرأة من تلك الحالة الا وقت ان يحصل من الرحم رد فعل شديد على الجنين المحوى فيها ويصح ان يستعمل لذلك طورا فطورا اوعلى التعاقب على حسب الاحوال مضادات التشنج والمركبات الافيونية سواء على عنق الرحم اومن الباطن من طريق الفم اوالشرج وكذلك الصبغات وغيرها من الادوية القلبية اى المقوية للقلب كبعض ملاعق من نبيذ جيد اوامراق اواطعمة خفيفة اونحو ذلك لكن قال دبزموس اذا خيف على حياة المرأة لم يصح انتظار نتيجة الادوية التى اختبرت جيدا فان المهلة حينئذ غلط ثقيل مخيف وانما يبادر بانتهاء الولادة حذرا من الضعف والسقوط المهلك

ويندر ان الضعف الحقيقى يصير الولادة عسرة فانه يشاهد كل يوم نساء ضعاف ومصابات بالسل وفى غاية السقوط يلدن بدون استعانة بشئ وكذلك حالة السبات والاستكسيا لا تمنع الولادة الطبيعية بل شوهد ان الرحم لم تزل حافظة لقوة الانقباض فى نساء اموات او فى حالة النزع بحيث تممت اندفاع الجنين والوسائط فى تلك الحالة غير نافعة فى الغالب لسببين اولهما ان العضلات والرحم اذا فقدت جزأ عظيما من قوتها الانقباضية فان الاجزاء الرخوة من الحوض والعجان تقل منها قوة المقاومة وثانيهما ان الضعاف جدا واللواتى يقربن لفقد حياتهن يجدن فى انفسهن بحسب العادة شجاعة وجسارة وقوة تعارض وتباين بكيفية واضحة ضعفهن الزائد

ومع ذلك لا يندر مشاهدة ان هذه الحركات العنيفة الوقتية يعقبها تعب وهبوط وثقل لا تخرج منه النساء الا بعد اجتيازهن اثقل الاخطار بل كثير منهن لا يخلصن من الحمل الا ويقعن فى سقوط مهلك او يهلكن ببطئ بعد بعض ساعات فانظر كيف لم يمكن قصد البنية الطبيعية فعلها القوى الا ان تنهى الفعل العظيم للتناسل انهاء جيدا وان لزم على ذلك كونها تفنى فى لحظة واحدة بقية القوى التى لم تزل باقية فى الاعضاء كما اتفق ان شابة حاملة فى ستة اشهر حصل لها اوجاع الاجهاض فى الساعة الرابعة من بعد نصف الليل ووافق ذلك اليوم الثالث عشر من التهاب وريدى حصل لها وضعف شديد واضح ثم فى الساعة العاشرة صار عنق الرحم رخوا وتقرب سعته من سعة الريال الفرانسا وعند كل انقباض يحصل لها صياح وقلق واضطراب يوصل ذلك الى حصول قوى عظيمة كان يعد ظنها قبل ذلك ببعض ساعات فطلب من هذه المسكينة ان تقوى شجاعتها وتساوى حركاتها العنيفة فخرج الولد نحو الساعة الحادية عشر لكن بعد ذلك بساعة فقدت حياة المرأة

فبموجب ذلك متى كان العنق متسعا اتساعا كافيا وتركت المرأة لاعمالها الخاصة خشى حصول هبوط عظيم لها فمن التدبير الاستعانة بالولادة القهرية والمختار حينئذ جذب الولد اذا لم تكن عملية التحويل لايقة بشرط ان يكون

التعب

التعب الناتج من ذلك للمرأة قليلا

(المبحث التاسع)

(فيما يعرض من التمزقات لبعض الاعضاء)

الحركات العنيفة التى تلتزم المرأة ان تفعلها مدة الطلق تعرض الى تمزقات تستدعى بعض احتراسات

الاول ضخامة الغدة الدرقية * هذه الغدة تنتفخ وتحتقن فى بعض الاحوال بسائل بحيث تبقى فى حالة ضخامة حقيقية بعد ان يزال دائما تحللها فتتمزق

الثانى امفزيما اى الانتفاخ الريحى فى المنسوج الخلوى * انتفاخ الرقبة مدة الطلق قد يكون غريبا عن الغدة الدرقية ويكون ناشئا من دخول هواء فى المنسوج الخلوى فقد يعرض شدخ خفيف فى القصبة الرئوية فيحصل من ذلك امفيزيما حقيقة وقد اتفق ايضا حصول تمزق فى الصدر مع تمزق عنق الرحم ايضا

الثالث البوق * قد تمزق البوق مع اوردته اوشراينه وقد شوهد موت امرأة بنزيف حصل من ضربة فوجد هذا النزيف حاصلا من تمزق البوق وموت اخرى من نزيف حصل من تمزق وريد من اوردة الرباط العريض وشاهد المؤلف فى حمل بوقى تمزق الكيس وحصل من ذلك نزيف سريع مهلك

الرابع العروق الخثلية * ومثل ذلك ما سبق ايضا العروق الخثلية او عروق المبيض كما شوهد ذلك مرات كثيرة وهذا العارض ثقيل والموت يحصل عقبه حالا

الخامس المثانة * قد ذكرنا سابقا ان المثانة غير محفوظة من ذلك التمزق الذى يكون خطرا جدا

السادس العضلة ابسواس اى القطنية * العضلات المحيطة بالمضيق ولاسيما العضلة ابسواس قد تمزق فى بعض الاحوال بسبب ارتباطها بالسلسلة وبالفخذ وتوترها الشديد وانضغاطها ومثل ذلك ايضا العضلتان المستقيمتان البطنيتان

السابع السرة * قد لا تسلم جدران البطن من التمزق فى جميع سمكها هنا فى الاجزآء التى تمددت بقوة اورقت فى مدة الحمل فلذلك ذكر برطولين امرأة حصل لها تمزق فى السرة

الثامن القص * قد تذهب الحركات العنيفة حتى تفصل العظام عن بعضها او تكسرها سوآء فى ذلك عظام الحوض او القص وشاهد امثلة من ذلك شوسيه وغيره

وجميع هذه العوارض لها طريقة معالجة مشتركة بينها وهى ان تتم الولادة باسرع ما يمكن سوآء بجفت الولادة او بعملية التحويل اذا لم تكف بعض حركات لطيفة من المرأة لاتمام الولادة بدون استعانة بالصناعة ويعمل هنا بمقتضى السبب والطريقة كما يفعل فى الاحوال السابقة

(المبحث العاشر)
(فى تمزقات الرحم)

تمزق الرحم عارض مخيف يشاهد خصوصا مدة الطلق ولا تندر مشاهدته فى غير ذلك الزمن من ازمنة الحمل

فاما فى مدة الحمل فقد شوهد فى جميع الاشهر من الثانى الى السادس وكلما اقرب للتمام كان اكثر والغالب ان حصوله اما من مرض فى الرحم او من قوة عنيفة خارجية ويقل حصوله فى العنق بل ربما لم يحصل اصلا

والالم يعقبه الموت دائما او لم يخرج الجنين او بقايا البذرة احيانا من التجويف البطنى الا بعد التمزق بزمن طويل كان ذلك التمزق ينبوعا لزعم حمل خارج عن الرحم وقد تقدم من امثلة ذلك فى مبحث الحمل الخارج عن الرحم ما يغنى عن الاعادة بل كثير من امثلة ذلك التمزق ما لا يعلم له سبب غير الحمل الذى يقال له رحمى بوقى ومثل ذلك يحصل ايضا فى الحيوانات غير الآدميات فقد اتفق ان نعجة ضربها حصان فى خاصرتها مدة حملها فظهر عقب ذلك ما لاورم فى ذلك المحل خرج منه خروف صغير حى

واما تمزق الرحم مدة الطلق فلم تنتبه له القدماء غاية الانتباه مع ان اما للقصاص

الزهراوى ذكر مشاهدة فيه وذكر بلاتير ان صاحبة قسيس فى سنة ١٥٨٤ مكثت فى الطلق مدة ثمانية ايام ثم حصل لها ضجر مهول وبعد ذلك خرج من سرتها جنين وحصل نظير هذه المشاهدة ايضا سنة ١٥٩٣ وانما جلوس هو اول من عرف طبيعة هذه الظاهرة التى لم يوضحها المتقدمون واتضح ذلك بالمشاهدات الصحيحة فمن ذلك حامل اصيبت بالتشنجات وكان المباشر لها الجراح بنيت فوجد الجنين فى البطن والرحم متمزقة تمزقا عرضيا واتفق لاخرى انها ماتت بنزيف فوجد التمزق شاغلا للجانب الايسر من الرحم واتفق فى اخرى ان الشق كان فى الجانب الايمن ورأس الجنين مر فى البطن مع ذراعه وهذه التمزقات كثيرة الحصول حتى ان جريجوار شاهد منها وحده ستة عشر مثالا

(المطلب الاول)
(فى اسباب تمزق الرحم)

هذه الاسباب تنقسم الى جملتين اسباب مهيئة واسباب متممة فالاولى تنسب لعيوب اعضاء التناسل او الحوض ولامراض الرحم وللاوضاع المعيبة للجنين والثانية تنسب للانقباضات الرحمية وللفاعلات البادية وللاعمال الرديئة المستعملة من الصناعة ومما يعين على التمزق الاسقيروس والاورام الليفية والاثر الالتحامية جمع اثرة لكونها تضعف المحل التى هى فيه ومثل ذلك ايضا بالاولى اللين والتقرح والرقة الجزئية التى تشاهد كثيرا فى باطن الرحم وكذلك الصلابة الغضروفية فى العنق والانسداد الجزئى او الكلى للفوهة وكذا الورم العظمى فى عظام الحوض ومثل ذلك كبر العرف الخلفى لارتفاق العانة وانحراف الحافة العليا للعانة الى الخلف وكبر النتوء البارز اى الزاوية العجزية الفقرية وضيق مدخل الحوض وبالاختصار جميع ما يمنع خروج الجنين يعد من الاسباب المهيئة لتمزقات الرحم والاوضاع الرديئة للجنين تؤثر اولا مثل ذلك ثم يتسبب عنها انقطاع الموازنة بين القوة والمقاومة مدة الطلق بحيث ان معظم الحركات العنيفة التى تفعلها الرحم تفنى فى نتوات الجنين

الغير المنتظمة

واما من منع كون الاوضاع الرديئة سببا فاسس ذلك على ان الرحم بانقباضها تبتدأ دائما بان تحول الجسم المحتوية عليه الى شكل بيضاوى وتنظم سطحه الخارج وان الانقباضات الجزئية لهذا العضو غير محققة الثبوت بل غير ممكنة بالكلية وان الجنين الذى جميع اجزائه يابسة ناشفة كالخشب لا يسبب تمزقا وان استلزم الحال تحركه بحركات عنيفة قال المؤلف ولقد اخطأ هذا المانع واسس منعه على الغلط لان الرحم ليست عضلة واحدة اذ قد ثبت ان كل جزء من اجزائها قد ينقبض دون غيره وانه يتطابق ويتوافق مع الاجزاء المختلفة للجنين بعد نزول المياه فى بعض الولادات والامعان فى البحث فى الخلفة كثير ما اثبت لى ذلك ويسهل اثباته فى كثير من تجربيات التحويل فمن امثلة التمزقات الحاصلة من نتوات الجنين ما شاهده مزونى من ان ركبة الجنين استندت على قنطرة الزاوية العجزية الفقرية مدة انقباض شديد فصارت سببا للتمزق ومن المحقق ايضا ان هذا السبب كغيره من الاسباب المتممة عموما يندر ان ينتج هذا العارض بدون ان تكون الرحم مصابة بمرض سابق

ولا شك ان الحزام والضغط الردىء المؤثر من اسفل الى اعلى اى الذاهب من العانة الى الصدر بدل ان يكون من السرة الى الحوض لا يعينان على تمزق الرحم مدة سير الطلق بخلاف الضربة والسقطة والضغط الشديد مهما كان نوعه كضربة قرن ثورا وبقرة لكن ليس شئ من هذه الاسباب ناشئا من الولادة وانما قد تكون التمزقات الرحمية نتيجة اعتيادية لانقباضات الرحم نفسها وليست ايضا ناشئة من حركات الجنين كما قال لوفريت

واما من جهة حركات القوابل فمن المعلوم ان الحركات العنيفة للتحويل واستعمال جفت الولادة والرافعة والكلابات وغيرها من الآلات التى تدخل فى الرحم قد تصيرها خطرة جدا لكن لا تكون هذه سببا الا لتمزق العنق والمهبل

(المطلب الثانى)

(فى كيفية حصول التمزق ومجلسه)

تمزق

تمزق الرحم سواء حصل بنفسه كما فى مدة الحمل او بواسطة الانقباض كما فى مدة الطلق يحصل فى الغالب بكيفية واحدة اعنى من الباطن الى الظاهر فاذا انضغطت الرحم المتمددة انتهى حالها بان تنقاد للضغط فى اضعف جزء منها لا فى المحال التى تحمل الفعل الضاغط فبتأثيرها نفسها على ما هى محتوية عليه يتمزق منها المحل الاقل مقاومة من غيره لا المحل الاكثر تواترا فعلم من ذلك ان مجلس التمزقات الرحمية لا يختلف الا يسيرا عكس ما يظن بادى الرأى والغالب ان يصاب بالتمزق عنق الرحم واعلى المهبل وذلك اولا لان هذه المحال تتجه اليها فى العادة الاعمال التى تستدعيها الولادات الشاقة وثانيا لانها هى القسم الارق والاضعف فى زمن الطلق وثالثا لان عليها يؤثر الرأس او احد الاجزاء البارزة من الطفل بشدة قوية ورابعا لان الحركات العنيفة من الرحم من حيث انها تميل لان تجذب العنق نحو القعر يكون العنق متأثرا بقوتين متساويتين فى الشدة وخامسا لانه اذا انحنت الرحم الى الخلف فانقباضات عضلات البطن تؤثر هذا القسم اعنى العنق واعلى المهبل شيأ فشيأ نحو الزاوية العجزية الفقرية

ثم يلى ذلك حصول التمزق نحو القعر او الجوانب سيما الجانب الايسر لان هذه الاجزاء هى الاسوء استمساكا من بقية اجزاء هذا العضو فاذا كان القعر هو المحل الاسمك فالمشيمة التى تندغم فيه وتتعب انقباضاته تصيره اقل كثافة ومقاومة والقسم الخلفى منه اقل تعرضا للتمزق من الآخر لانه لا يستند الا على السلسلة وايضا اذا كان الغالب تمزق العنق نفسه مع اعلى المهبل من الخلف واليسار فذلك لان الجنين يتجه طبيعة لتلك الجهة بانحرافه الخاص وبانحناء محور المضيق ولان النصف الخلفى من العنق يكون ارق واسوء استمساكا من المقدم المحفوظ بقعر المثانة ولان محور الفرج او المضيق السفلى يقهر اليد او الآلة على ان تنقذف فى هذا الاتجاه

وبقية الاسباب المهيئة توضح لنا مشاهدة التمزق الرحمى احيانا فى محال اخر من الرحم فقد شوهد نفوذ اليد فى المثانة بواسطة التمزق وشوهد ايضا شمول

التمزق لهذه الحوصلة ايضا بحيث تغذ الجنين فيها وصار بعض عظامه نواة لتكون الحصى فيها وشوهد فيها تمزق الرحم من جهات اخرى غير ذلك ككونه من الامام بالعرض فى محاذاة العانة ومن الامام نحو القعر ومن الامام والاسفل ومن الامام فى محل انضمام الجسم بالعنق ومن الاعلى والخلف وفى الجانب الايسر للقعر وفى القعر نحو البوق الايسر ومن العنق الى الرباط العريض ومن القعر الى العنق وفى الجدار الخلفى وفى غير ذلك وشوهد كون التمزق رحميا مهبليا وكذا فى الخلف والعنق والغالب ان يكون ذلك الاخير بالعرض

(المطلب الثالث)

(فى التمزقات الغير الكاملة)

تمزق العنق لا يكون دائما تاما سيما اذا كان شاغلا لشفتى الفتحة اى دائرتها المهبلية فلا يكون الا مجرد شق يكون اولا عميقا بسبب استطالة الاجزاء ثم لم يلبث قليلا حتى يضيق بحيث يقرب لان يذهب بالكلية فاذا سعى الى بعد عميق جاز ان الجدار المهبلى يشاركه بدون ان ينثقب كله وفى بعض الاحيان يذهب التمزق حتى يصل الى البريتون الذى يبقى وحده سليما وامثلة ذلك كثيرة منها مشاهدة رادفور وهى ان التمزق ذهب من العنق الى القعر وكان مع الطفل استسقاء مخى وبقى جزء عن الرأس وحده فى المهبل ولم يحصل اذ ذاك نزيف وبقى البريتون سليما وتكون من الرحم ورم متميز من اليسار ومن الجنين ورم ثان من اليمين.

وشاهد دو برلك حالتين من تمزق العنق بقى فيهما البريتون سليما وحصل عقب ذلك رشح دموى وصديدى نحو القطن والحفرة الحرقفية * قال المؤلف وقد اعرضت على امرأة ولدت سابقا ستة اطفال وحصل لها مثل ذلك فاتسع العنق فيها بانتظام غير ان رأس الجنين كان معيب الوضع فغيرت المرأة هيئتها فرت الجمجمة عقب ذلك بعنف فى التقعير واحست حينئذ بالم ممزق فى عمق الحشلة ثم ماتت بعد ثلاثة ايام فوجد العنق متمزقا من الخلف واليسار الى البريتون

وكان نتيجة ذلك التهاب بريتونى عام لكن الاغرب من تلك المشاهدات مشاهدة التقطت من بيت الولادة بباريس شوهد فيها ان البريتون منع انصباب بورة كبيرة من الدم فى تجويف البطن وقهرها على ان تذهب نحو القطن
وقد تكون الرحم ايضا موضوعا لانواع اخر من التمزق الغير التام لم ينتبه لها معظم الممارسين ففى الحالة السابقة كان التمزق من الباطن الى الظاهر اعنى من التجويف الرحمى نحو البريتون واما فى هذه فبالعكس اى ان التمزق ابتدأ بالبريتون وذلك ان امرأة ماتت بعد اربع عشرة ساعة بدون ان تضع فوجد فى القسم الخلفى من الرحم شقوق كثيرة وتمزقات والالام لم تصب الا البريتون وكانت مغطاة بانصباب قليل من الدم وشوهد احيانا ان الشق من الخلف ايضا وبلغ طوله جملة قراريط وقد شوهد شق كبير وحوله شقوق صغيرة فى قعر الرحم ونفذ ذلك فى عمق الطبقة العضلية بعض خطوط وفى مشاهدة اخرى شقان طويلان من الامام ثم ثالث يحتوى مع ذلك على طبقة خفيفة من منسوج الرحم ويظهر ان الموت حينئذ نشأ من انصباب الدم فى تجويف البريتون لكن ذلك يظهر فى الامثلة التى وجد فيها انصباب كثير كما فى هذه المشاهدات سوى الاخيرة فانه لم يوجد فيها الا نحو اوقية من الدم قرب الرباط العريض فيلزم ان يذكر للموت فيها توضيح آخر ويمكن ان يقطع النزيف فى هذه الحالة بتواتر الطلق وسرعة تفريغ الرحم سواء كان بتمزق الاغشية او باخراج الجنين لكن كيف يظن هذا العارض مدة الحياة وما الاسعاف الذى يؤمل من مثل هذه الواسطة متى كانت الاعراض ثقيلة بحيث تسمح بظن طبيعة الداء
وقد يكون التمزق بالعرض فى الحاجز المهبلى فيذهب حتى يفصل معظم الرحم عن المهبل * قال المؤلف وقد شاهدت هذه الحالة مرتين وكان ذلك فيهما ناتجا من الاعمال الشاقة بالجفت او اليد فالعنق من حيث انه موضوع على الرأس كعرقية يسهل قرصه ودغدغته بجفت الولادة وفصله من دائرته الخارجة سواء من جانب واحد فقط او بعاقتيه معا فينتج من ذلك حينئذ عروة او عرى كثيرة او قيود عريضة او اهداب تنقبض بعد الولادة على نفسها انقباضا عظيما

قال المؤلف وعندى من ذلك ثلاثة امثلة ففى واحدة منها امكن ادخال اطراف الاصابع الاربع بين القيد والجدران الرحمية المهبلية وقد يسبب الرأس نفسه هذا الانفصال للعنق بدفعه له امامه وجذبه له كلا اوبعضا على هيئة اكليل له وامثلة ذلك كثيرة عندنا

ومجلس هذا التمزق مختلف ففى احدى وثلاثين مرة شوهد منه اولا فى القسم المقدم ٨ مرات وثانيا فى القسم الخلفى ١١ مرة وثالثا فى القسم الجانبى ٥ مرات ورابعا فى القسم المقدم الجانبى ٣ مرات وخامسا فى القسم الخلفى الجانبى ٣ مرات

(المطلب الرابع)
(فى علامات تمزق الرحم)

تمزق الرحم مدة الطلق يعرف بعلامات واضحة غالبا فالمرأة تستشعر بالم شديد مع فرقعة اولغط ربما سمعه الحاضرون احيانا فتحس بتمزق شئ وتقول كأننى جرحت اونزع منى قلبى اوامعاى فاذا ابتدأ التمزق من العنق ظهر هذا الالم الشديد خصوصا وقت ان يقرب الرأس للخروج من الفوهة اوالمضيق فحينئذ ينقطع الطلق حالا ويهبط البطن ويتغير شكله فاذا كان العنق متسعا وانكسر القرن وتقدم الرأس خرج من الفرج سائل مدمم ولا يجد الطبيب باللمس ما كان يجده فى اعلى المهبل ثم يذهب لون الوجه فجأة ويعرض غشى واغماء مخيف يكون احيانا مهلكا فاذا انصب الدم فى البريتون استشعرت المريضة بحرارة خفيفة تذهب من الحوض الى بقية التجويف البطنى واما جدران الخثلة فانها لما استرخت عرف منها كون الجنين خارجا عن الرحم سواء بحركته اذا لم يكن ميتا اوبنتوآته الطبيعية ويضاف لتلك الاعراض ضعف النبض وعدم تساويه ورخاوته فاذا وجد ذلك لم يكن هناك شك فى طبيعة هذا التمزق فاذا لم يتمزق البريتون فقد اغاب هذه العلامات وانحصرت فى الاحساس بالتمزق وانقطاع الطلق ومثل ذلك احيانا اذا لم يحصل من التمزق انصباب دم ولا تغير لموضع الجنين وان كان التمزق حينئذ تاما بل وان لم يتغير موضع الجنين

ايضا

ايضا وقد يزاد على هذه الاعراض ايضا القيء وغيره من اعراض اختناق المعا فتوضح هذه التنوعات فى العوارض بالنتايج المختلفة للتمزق

والغالب ان مياه الامنيوس تسيل حين التمزق فى البريتون فتزيد فى الخطر بسبب كونها مهيئة للامتصاص فاذا كان الجنين حيا جاز ان يعين على اتساع التمزق بحركاته فازعمه بعضهم من ان موت الجنين يسبق عادة تمزق الرحم خطأ فاذا كان جرح التمزق شاغلا لا على المهبل اولعنق الرحم وكان ناتجا من بعض حركات عملية بقى الجنين غالبا فى الرحم والهواء الذى يدخل عقب ذلك فى البطن ويفسد بسرعة طبيعة السائلات التى يلامسها يسبب انتفاخا عظيما وينشأ من ذلك الاختناق فاذالم يتمزق البريتون انصب الدم فى المنسوج الخلوى الحوضى والقطنى والحرقفى وبعد بعض ايام تعرض ظاهرات التهابية وتقيح لكن يمكن ان لا يحصل اغماء ولا غشى ويبقى المرض احيانا حينئذ موضعيا زمنا طويلا واحيانا لا يخرج الجنين كله بل يبقى بعضه فى الرحم وبعضه فى البطن فاذا نزل من المستقيم والشرج كما شوهد ذلك ولم يحصل نزيف كثير لم يشاهد من ذلك احيانا عروض تعب ولا قلق فاذا اخرج الرأس وحده من محل التمزق بحيث صار البريتون له كعرقية كما شوهد ذلك ايضا لم تكن العوارض دائما مخفية فى الابتداء بل حتى فى حالة ما اذا بقى جزء من الطفل عاريا من البريتون فان حافتى الجرح قد يتلامسان بحيث لا يمكن حصول نزيف ولا انسكاب سائل اصلا

وقد يخرج الجنين كله من الرحم وما يتعلق بها وتبقى المشيمة فى محلها او تخرج معه بدون ان يمتلئ البطن بالدم او بالغاز او غيرهما من السوائل او تكتسب الاعراض ثقلا عظيما وفى احوال اخر بالعكس فتى برزت الامعاء فى التجويف التناسلى او سقطت الرحم فى حالة تمدد حصل اختناق او نزيف ينضم للتأثير الشديد الذى حصل فى الاعصاب فيحصل من ذلك جملة الاعراض المهولة التى ذكرناها

(المطلب الخامس)

(فى انذار تمزق الرحم)

التمزق الرحمى المهبلى وان لم يكن فى جميع الاحوال مهلكا الا انه من العوارض الثقيلة الاكثر خطرا من جميع ما يظهر فى مدة الطلق وقد ثبت من المشاهدات ان الطبيعة قد تصل الى شفائه من ذاتها فقد ذكر دبواس مثالا غريبا وهو انه عرض لامرأة تمزق اول وثبت الجنين فى المراق الايمن وشفيت المرأة ثم حصل لها حمل ثان اعقب تمزقا ثانيا فتوجه الجنين فى هذه المرة للمراق الايسر وخرج بعد ثلاثة اشهر او اربعة الجنينان معا احدهما من خراج والثانى بالشق وذكروا امرأة ايضا تمزقت جدران بطنها مع الرحم بحيث خرج الجنين من ذلك الشق ومع ذلك شفيت * واتفق لامرأة انها احست بفرقعة فحصل لها التهاب بريتونى ثم ورم صلب غير متحرك فى الجهة اليمنى وخرج من الفرج لحم نتن ثم حصل لها حمل جديد نشأ عنه اندفاع جنين عفن ولم يذهب الورم الا بعد خروج قطع الجنين من الشرج وامرأة اخرى حامل حصل لها الم شديد وورم انفتح من السرة وخرج منه جنين وامثال ذلك كثيرة

(المطلب السادس)

(فى معالجة تمزق الرحم)

العوارض التابعة لتمزق الرحم والمعالجة التى تستدعيها تكون مثل ما فى حالة الحمل الخارج عن الطبيعة مع تمزق الكيس او تقرب منها فلا اذكر هنا الا ما يتعلق بالولادة واستخراج الجنين والشق البطنى

فاستخراج الجنين ينبغى ان يفعل من الطريق الاعتيادى متى امكن فان دولاموت اتفق له فى امرأة انه فتش على الجنين فى البطن حتى اخرجه من المهبل وان كانت المرأة ماتت فى اليوم الرابع واما المرأة فى مشاهدة دوجلاس فشفيت * واتفق فى بعض المشاهدات ان اليد ذهبت فى التفتيش فى البطن حتى مست الكلية وفى اخرى مست الكبد وشفيت المرأة بعد ذلك فاذا كان الرأس فى التقعير مسك بجفت الولادة ومثل ذلك ايضا اذا كان

في المضيق العلوي وكان التمزق في العنق او اعلى المهبل وانما من المهم حينئذ ان تهدى الآلة على الاصابع الى اعلى التمزق وان تخفف الحركات فاذا لم يمكن مسك الجنين من رأسه يتحايل على مسكه من قدميه فان لم يوجد الا واحدة ينبغي توصيلها او تثبيتها في الخارج ويعمل مثل ذلك في الذراع اذا وجدا ولا ثم يخدم ذلك كمرشد للتفتيش على القدمين فاذا كان الجنين في البطن عمل كما قلنا بان يمر به من الجرح حتى يخرج من المهبل

فاذا كان الجنين مختنقا في الجزء المتمزق جاز ان يستدعى عملية فك الاختناق اى يطلق اختناقه وبعد استخراج الجنين تدخل اليد في الرحم ليفتش بها على المشيمة او على الخلط الدموية او لارجاع الامعاء لمحلها اذا دخلت في الجرح وتقهر الرحم على الانقباض

واما الشق البطني فلا ينبغي التوقف في فعله حالا اذا لم يمكن النفوذ من الطريق الاعتيادي سواء كان الجنين كله في الرحم او بعضه وعندنا لنجاح ذلك مشاهدات كثيرة ولا بأس بان ننبه على ان تمزق العنق الذي يكون مجرد شق او انفصال يكون قليل الثقل والخطر فمتى خرج الجنين شفى التمزق بدون واسطة بل ولو نفذ التمزق الى المثانة وكذلك الثقوب الناتجة من جفت الولادة او غيره لا تستدعى شيأ من الوسائط فاذا تعوق التحامها لم يحتج لشئ سوى شق القيد وليس هنا محل الكلام على ما يفعل في الرواسب الدموية او الصديدية التي تتكون حول المهبل او في اقسام اخر من البطن

(الفصل الثاني)
(في تعسر الولادة الذاتي)

الولادة تكون في ذاتها عسرة اذا كان ممر الجنين لا يمكن النفوذ منه او يكون معاقا بسبب مانع ميخانكي فيستدعى وسائط الصناعة وتلك الموانع بعضها ينشأ من المرأة وبعضها من الجنين نفسه

(المبحث الاول)
(في التعسر الناشئ من اعضاء المرأة)

التعسرات التى تنشأ من اعضاء المرأة تارة تنسب للاجزآء الرخوة وتارة للاجزآء الصلبة والاولى وحدها هى التى تشتغل بها هنا لان الثانية ذكرت فى مبحث عيوب الحوض

(المطلب الاول)

(فى الاورام التى تظهر فى الحوض)

قد شوهد فى التقعير الحوضى اورام مختلفة كثيرا ما نتج منها تعسرات عظيمة فى الولادة فمن تلك الاورام ما كان موضوعا امام العجز ودفع عنق الرحم الى الاعلى بحيث لم يتيسر الوصول اليه وكثيرا منها ما كان مجلسه فى سمك العجان او الحاجز المستقيمى المهبلى وتختلف تلك الاورام فى الحجم والقوام والطبيعة فلذلك تختلف الوسائط التى تستدعيها فاذا كانت صغيرة الحجم او قابلة لان تتسطح بالانضغاط لم تمنع انتهاء الطلق انتهاء طبيعيا وقد جمع بكلادر من ذلك امثلة كثيرة كان الورم فى بعضها شاغلا لثلاثة ارباع التقعير واكياس المبيض او البوق شوهد مجيئها واستقرارها فى التقعير المستقيمى المثانى بحيث غيرت موضع الرحم وشوهد ان الرحم ذهبت للجهة المقابلة للورم والتزم وابط هذا الكيس من جهته او من السرة لكونه كان كبير الحجم وذا مادة سائلة وخرج منه فى بعض المرات نحو اثنى عشر رطلا من السائل وتمت الولادة بالقدمين وشاهد الطبيب بورن ان الورم ملأ الحوض كله واستخرج بنجاح بواسطة التشريح مع غاية الاحتراس وتلك الاكياس ليست نادرة الحصول ومتى عملت فيها عملية البط اندفع الجنين بسهولة وقد اشتغل بها الطبيب بورن مع غاية الانتباه وقال اذا كانت متحركة فانها تدفع الى الداخل فان كانت محتوية على سائل ينبغى بطها وان كانت ملتصقة ينبغى استئصالها فاذا لم يتأت استعمال تلك الوسائط استعملت عملية الشق الرأسى او العملية القيصرية والكتل الاسقيروسية او الليفية فى المبيض او الامعاء او الترب من حيث انها متحركة بحيث تذهب حتى تستقر بين الرحم وجدران الحوض تستدعى طريقة للعلاج مخصوصة مادامت غير ملتصقة فيلزم ازالتها عن مواضعها

والذهاب

والذهاب بها الى اعلى المضيق العلوى ولاجل ذلك تستلقى المرأة او لا على ظهرها او على جانبها بحيث يكون الحوض ارفع من الصدر وتسترخى جميع العضلات ثم بمساعدة اليد او الاصابع يدفع الورم حتى يخرج عن ممر الجنين فاذا لم ينفع شئ من ذلك اضطر لاستئصاله بشقوق تفعل بالعرض فى المهبل او المستقيم او تعمل العملية القيصرية

والتولدات اللحمية السرطانية والاورام الخنازيرية او الليفية او نحو ذلك اذا كان مجلسها فى المنسوج الخلوى للحوض ولا يمكن تزحزحها عن موضعها تكون اخطر من الاورام السابقة فانها بمقاومتها لرأس الجنين تعرض الرحم وغيره من الاعضاء المحوية فى التقعير للرض والثقب والتمزق الذى يعسر التحرز منه وهى تسبب ايضا خمود الرحم وضعفها وكثيرا ما يتسبب عنها النزيف او التشنجات او الالتهابات المختلفة وقد استخرج الحكيم استدمان من تلك الاورام ما كانت دائرته اثنى عشر قيراطا وحصل من ذلك نجاح وذكر ايضا ان ورما كان شاغلا للمضيق العلوى على جانب العجز بحيث صير الولادة غير ممكنة وقد يتفق ان احدى الكليتين الموضوعة امام الارتفاق العجزى الحرقفى تمنع الولادة اذا كانت غير قابلة للانضغاط او فى حجمها عظم بحيث تمنع نفوذ الرأس واذا ظهر ان الكتلة المرضية ناشئة من الرباط العجزى الحجبى صح ان يجتهد فى استئصالها كما نجح ذلك احيانا

والاورام التى تظهر فى الحاجز المستقيمى المهبلى تكون فى الغالب بسيطة متكيسة اتفق للرحم مرات انه دفعها فانفذت تارة من الشرج وتارة من العجان المتمزق وفى بعض الاحوال تمزقت من الحركات العنيفة العضلية ولا خطر فى ذلك اذا خرج سائلها من المستقيم او المهبل او ترشح فى المنسوج الخلوى المحيط بها والرواسب الدموية التى تتكون احيانا فى هذا الحاجز يسهل خروجها بالشق اذا لم تنفتح من ذاتها فى المستقيم او المهبل وقد اتفق انه شوهد مدة الطلق ورم كبير انتهى حاله بالتمزق فوجد خراجا وشفيت المرأة منه لكن قد ينتج منه احيانا خشكريشة او غنغرينا بل او التهاب بريتونى مهلك اذا اشتمل

التمزق الغشاء المصلى البطنى

فعلم ان من الحزم تفريغ الورم اواستئصاله اذا تحقق كونه يمنع خروج الجنين اويصيره خطرا نعم قد يعسر تمييز الورم الديداني او المتكيس من الاورام الصلبة لكن يكفي لازالة الشك كما قال ديرزموس بط الورم بابذلة صغيرة ولا خطر في ذلك اصلا

(المطلب الثانى)
(فى الحصى البولى)

من المعلوم ان الحصاة الكبيرة الحجم يمكن ان تكون وقت الطلق موضوعة خلف ارتفاق العانة اى تحته وبهذه الكيفية يقصر القطر المقدم الخلفى للحوض ولكن الاشياء التى تحصل ولا بد من ضغط رأس الجنين على الحصاة بقوة متجهة من اعلى الى اسفل هى الرض والتمزق فى المثانة او الحاجز المهبلى المثانى وكذا الالم والنواصير البولية ونحو ذلك من العوارض التى قد تتبع ذلك ففى ابتداء الطلق يسهل دفع الحصاة وحفظها اعلى الارتفاق حتى يأتى الرأس ويستقر تحتها فاذا لم ينساد الطبيب المولد الابعد ان نزلت قبل الرأس ينبغى ايضا ان يجتهد فى ازالتها عن محلها وتجهيبها الى اعلى المضيق كما اتفق ذلك للطبيب دبواس الصغير فان لم يتيسر ذلك شق على الحصاة من الجزء المقدم للمهبل اى تعمل عملية الشق المهبلى للحصاة

قال المؤلف ولم اعرف الى الآن ماذكره لوفيرغات من لزوم عملية الحصاة من الخثلة لان الحصاة انما تكون عائقا اذا كانت اسفل الرأس فالشق عليها حينئذ من فوق العانة لا يسمح باستئصالها فان كانت ايضا اعلى الرأس رجى حفظها هنالك فى محلها وتكون العملية غير نافعة ومثل ذلك ايضا فى عدم المناسبة الشق الرأسى الذى ظن بعضهم لزومه وفعله فماتت المرأة فى مساء يوم العملية فالشق المهبلى وحده هو الذى يعمل هنا فاذا عرف فى مدة الحمل وجود الحصاة كان من المناسب استئصالها فى تلك المدة قبل مجيء زمن الطلق

المطلب الثالث

(المطلب الثالث)

(فى امور غير اعتيادية فى القناة الفرجية الرحمية)

الاول الشفران الكبيران او الصغيران قد يلتصقان ويسدان المهبل كلا او بعضا وكذلك غشاء البكارة قد يكون صلبا اوليفيا اوغضروفيا ولا يترك الا فوهة صغيرة تذهب خروج الجنين لان الولادة تمتنع دائما الا ان تلك الحواجز الضعيفة لا تقاوم الانقباضات الشديدة للرحم ولكن الاحسن ان تشق تلك الاجزاء بالا ّلة القاطعة وذلك اولى من ان يترك ذلك فتكون المرأة معرضة لشرمطة وتمزق غير منتظم وغير محدود وربما كان خطرا وقد علمت ان وجود تلك الاشياء من اسباب التمزق المركزى للعجان فاذا كان ذلك المانع هو غشاء البكارة كان معه دائما بعض فتحات صغيرة يحصل بواسطتها العلوق والعملية فى تلك الحالة بسيطة جدا وتقوم من شق اوشقوق كثيرة يزول بها هذا الانسداد وتفعل وقت ميل الرأس للنفوذ من المضيق السفلى اذا لم تفعل قبل ابتداء الطلق وقد اتفق احيانا حصول الولادة بدون فعل ذلك الشق اوالشقوق فاذا حصل انسداد صغير تام للفرج من بعض الامراض فعلت تلك العملية ايضا خوفا من تمزق العجان ومثل ذلك اذا انسدت فوهة الفرج بغشاء عارض يمنع خروج الجنين ومع ذلك اذا ظهر فى الاجزاء مدة الطلق لين او اتجه الرأس باستقامة نحو الفتحة المهبلية جاز ان تتم الولادة بدون عمل شئ واذا كان الانسداد تاما وحصل ذلك من ابتداء العلوق كان من الرأى احداث طريق للجنين عندما تضغط الرأس على ارضية الحوض فان بدون ذلك يتمزق الشرج والحاجز المستقيمى المهبلى بل والرحم نفسه ويحصل من ذلك توابع خطرة ويلزم ان يكون محل الشق هنا بين الصماخ البولى والشرج بحيث لا يمس المستقيم ولا قناة مجرى البول

الثانى من المعلوم انه متى كان الطرف الفرجى للمهبل منسدا بالكلية لم يمكن العلوق من الطرق الطبيعية لكن لا يندر ان توجد بعض الجمة او تضايقات جزئية فى بعض محال من طول هذه القناة ويمكن ان يحصل هذا التضايق

بين العلوق وانتهاء الوضع فاذا لم تكن تلك الاجمة عتيقة ولا صلبة فالغالب
انها تلين وتنقطع من تزايد الطلق فاذا حصلت منها مقاومة بحيث خشى
تمزق الرحم اوخمودها اوتشنجها اونحو ذلك لزم شقها من حوافيها بشقوق
صغيرة كثيرة فلا يكفى شقان لتمدد لجام مستدير من هذا النوع وانما يشق
من جهات مختلفة ومشاهدات ذلك كثيرة منها للمؤلف ان امرأة ولدت مرتين
بواسطة الآلات ثم فى الولادة الثالثة جاءت لمارستان المدرسة ومعها اوجاع
الولادة منذ ثلاثة ايام فاراد المؤلف ان يدخل جفت الولادة فادرك الجفت
فى الطريق مانعا فاذا هو لجام عريض صلب كانه ليفى غضروفى شكله نصف
دائرة موضوع اعلى الفرج بقيراطين فشق هذا الماهر حافته السائبة من ثلاث
محال وتمت الولادة بدون ان يحصل ما يسوء الخاطر * وقد اتفق حصول الولادة
بنفسها فى احوال كانت القناة فيها منسدة بالكلية اوضيقة جدا بحيث يتيسر
نفوذ ريشة فيها فحصل من تلك القناة اتساع كاف عند الولادة ولم يحتج لفعل شئ
ولم يحصل خطر اصلا

(المطلب الرابع)
(فى آفات اخر للقناة الفرجية الرحمية)

الاول اذا كان المهبل منفتحا فى المثانة من قديم لم يحصل التلقيح ضرورة فيكون
من غير النافع عد هذا الزوغان من اسباب عسر الولادة فان صح ما قيل من انه
شوهد نمو الجنين فى المثانة الى تمام اشهره كان ذلك دليلا على امكان حصول
حمل مثانى

الثانى ذكر كثير من المؤلفين نساء كان رحمهن منفتحا فى المستقيم وحملن وولدن
كغيرهن بدون استعانة بوسائط غريبة او بواسطة شق بسيط اذا جاء الطفل
من الشرج

الثالث شوهد مهبل مزدوج تمزق حاجزه مدة الطلق بحيث صار كله قناة
واحدة وشوهد ايضا حجاب حاجز موضوع فى اعلى المهبل منع الولادة ولم يكن
فيه الا فتحة صغيرة ونفع فى ذلك الشق وجفت الولادة وشوهد ايضا دائرة صلبة

تقرب لليفية حصلت من ولادات شاقة سابقة وكانت موضوعة قرب العنق واستدعت عمل بعض شقوق فيها ولكن نزل الجنين ميتا ونتج من ذلك دوام نزول البول وشاهد جلوت سيرطلق امرأة كان مهبلها ضيقا ورأى جيدا ان الاجمة ابتدأت فى اللين من وقت انغماس الرأس فى التقعير وصارت الدوائر الضيقة تتسع فى كل وجع على كيفية اتساع العنق حتى قبل ان تأتى الجمجمة اليها

الرابع ذكر الطبيب استجمان بنتا كان مهبلها منفتحا اعلى العانتين وشاهد مرجانى نحوه ولم يمنع ذلك علوقها ففى مثل تلك الحالة ينبغى اولا ان يجتهد فى اتساع الفتحة الطبيعية فاذا لم يكف ذلك يعمل شق مركزى او اكثر فى الفتحة مع الاحتراس من القرب للبريتون والمثانة

(المطلب الخامس)

(فى اورام الفرج)

الاول الاسقيروس والاورام الليفية قد تمو نادرا على الفرج وتمنع الولادة وتستدعى عمليات ثقيلة وقد نشاهد احيانا التهابات مزمنة او حادة يمكن ان يحصل فيها ثقل بمرور الجنين منها فمن المهم معالجتها بقوة فى النساء اللاتى قرب اوان وضعهن

الثانى قد تكون الشفران الكبيران محلا لاورام دموية من نوع خاص وسنتكلم عنها عندما نتكلم على عوارض الولادة ويكفى الآن ان نقول انها اذا كانت كبيرة الحجم بحيث تتعب خروج الجنين او تعرض الام لآلام شديدة جدا ينبغى ان يغمس مشرط فى مركزها لتستفرغ بالكلية

الثالث قد تصاب بعض النساء حتى الاقوياء قرب نهاية حملهن بارتشاح كثير فى الاطراف البطنية اى الرجلين بل فى جميع الجسم فربما اكتسبت من ذلك الثنيات الجلدية والمخاطية للفرج حجما كبيرا وسدت المهبل سدا تاما فيحصل فى نهاية الطلق عسر عظيم مؤلم جدا فاذا تركت تلك الحالة للطبيعة نفسها اخشى حصول الغنغرينا او التمزقات العميقة ومن سوء البخت انه لا فعل للطبيب المولد فى مثل تلك الحالة وانما يصح ان يفعل فى تلك الثنيات تشاريط بسيطة

وتستعمل غسلات مرخية اومسكنة وتراعى الاحتراسات اللايقة بحفظ هيئة الاعضاء وبالحركات العنيفة العضلية

(المطلب السادس)
(فى انقلاب المهبل)

قد ينقلب المهبل مدة الحمل بل ومدة الطلق قال المؤلف قد دعيت لامرأة مكثت فى اوجاع الولادة مدة ثلاثين ساعة فرأيت ان رأس الجنين دخلت كالها فى التقعير غيران المهبل كان منقلبا كله بحيث تكون منه خارج الرحم حوية فطرية مزرقة اللون اكبر فى الحجم من قبضتى اليد فاحتجت فى ذلك لادخال جفت الولادة لاجل تخليص المرأة من الحمل والنساء القوابل فى بعض البلاد تسمى تلك الحالة بحزام الفرج ويقلن انه يلزم بعد ادخاله ان يحفظ فى محله الى نهاية الوضع ولا ادرى هل يحصل من تلك الحوية نزيف اذا اندفعت بالرأس وتمزقت ويقرب للعقل ان من هذا القبيل الانتفاخ الذى ظنه بعض الجراحين المشيمة فزقه وحصل منه ما حصل وشاهد بعضهم سقوط الغشاء الباطن للمهبل كله وذكر روجون انه تم الولادة بفعل شقوق لكن لما كان الظاهر ان هذا الانقلاب لا يحصل الا بعد ان يدخل الرأس فى المضيق العلوى اوفى التقعير كان لا بأس باستعمال جفت الولادة فلا نستعمل الشقوق التى اوصى بها جزمان ولا التشاريط الا اذا لم يمكن استعمال الطريقة المذكورة التى استعملها المؤلف

(المطلب السابع)
(فى تغيرات العنق)

الاول قد تكلموا كثيرا على انسداد العنق الرحمى فى وقت الولادة ولكن القريب للعقل بل المجزوم به ان كثيرا من المؤلفين ممن تكلم على انسداد العنق غلطوا فى ذلك بسبب زوغان بوزطنشيا * قال المؤلف كثيرا ما رأيت من المولدين المدارسين من جزم بان الفتحة المهبلية للرحم غير موجودة مع انها انما كانت مرتفعة نحو الزاوية العجزية الفقرية فالظاهر ان ما زعموه من انسداد

عنق

عنق الرحم يكون من هذا القبيل وانما يمكن كما هو واضح ان ينسد ذلك العنق بسبب مرض ثقيل كالتهاب حاد يعرض بين زمن التلقيح وتمام الاشهر ففى تلك الحالة تكون الاعضاء بالضرورة محلسا للتغيرات دائمة يرتفع معها الشك فى الانسداد ووجود العلامات المذكورة توقظ الانتباه له من قبل ويندر ان لا يكون الاسقاط نتيجة ذلك وذكر امند انه وجد العنق منسدا بغشاء وا كد ذلك بفتح الجثة غير ان هذا المثال قابل للشك وشك دائمان فى وجود هذا الانسداد وقال ان القائلين به اشتبه عليهم بذلك انحراف العنق وبالجملة فانسداد العنق عسر بحيث يبعد ان يتسبب عن اثقل ما يكون من العمليات فضلا استعمال الآلة القاطعة فى هذا العضو يسده قليلا مع ان كثيرا من النساء اللاتى كابدن ذلك حملن وولدن بدون استعانة بشئ او بواسطة الجفت نعم هو امر ممكن شاهده المؤلف سنة ١٨٣٣ عيسويه فى امرأة مكثت فى الطلق يومين وكان اعلى مهبلها مسدودا بحيث يجتاز الاصبع جميع اجزائه ويتأكد بسهولة ان الفوهة الرحمية مسدودة ومع ذلك يستشعر من الخلف قليلا بها على هيئة اثرة صلبة مثلثة فاستدعى الحال عمل شق لاحداث طريق صناعى وخرج الجنين منه حيا ورجعت للمرأة صحتها وصار دم الحيض يسيل من الجرح وقد عرف بعد ذلك ان هذه المرأة حقنت نفسها لاجل اسقاطها بجوهر قلوى كاو وحصل لها من ذلك تألم طال زمنه لكن اذا كانت الامثلة الصحيحة للانسداد التام فى زمن الطلق نادرة فاقله انه كثيرا ما يشاهد فى الفوهة تضايق او تيبس جزئى او كلى واكثر من ذلك تضايق محال آخر من طول العنق

الثانى انسداد العنق وتضايقه بسبب اورام تولدت فيه * فاذا كانت هذه القناة منسدة بكتلة اسفنجية او بوليبوسية لزم ان ينتظر نزولها فى المهبل لتستخرج وبعد ذلك يفعل كما فى الولادة بدون ذلك فاذا كان مجلس الورم فى الجدار الخلفى للعنق جاز قطعه كما فعل ذلك عيبل مع نجاح اما اذا كان شاغلا لجدار الرحم نفسها فلا يفعل ذلك

واما التيبس الاسقيروسى الجزئى فيمكن ان لا يستدعى وسائط مخصوصة

ففي مثال ذكره دبرزموس حصل الاتساع من ثلثي دائرة الفتحة فقط وخرج الجنين عقب ذلك حالا فان استولى التيبس على جميع العنق سواء في ذلك طرفه السفلي او جزء آخر اقرب لتجويف الرحم استعملت العملية القيصرية المهبلية اذا علم ان الاتساع القهري بالاصابع او بالآلة الرحمية غير ممكن وقد استعمل الآن هذا الاطلاق مرات كثيرة بحيث لا منازعة في منفعته ومع ذلك لا يقال كما قال بعضهم ان هذه العملية لا يحصل منها عوارض اصلا بل نقول ان من الغلط المبادرة بفعلها او تمسك بما قاله فودريه من انه قد يظهر للاطباء الممارسين قليلا ان العنق صلب او ليفي غضروفي في بعض النساء اللواتي يسير طلقهن في الابتداء بطيء زائد مع انهن في الحقيقة غير مريضات وان الاتساع قد يحصل من طبيعتهن ولكن اذا استقصى الاتساع ولم يفد لوضع الكرات الموسعة والفصد واستعمال المرخيات فالاحسن ان تعمل عملية الاطلاق لا ان ينتظر التمزق فاذا بلغ التيبس او الاستحالة الاسقيروسية درجة عالية اضطر للاستعانة بالصناعة واما الاتساع القهري حينئذ فيحصل منه تمزق خطر

هذا وقد ذكروا ان معارضة عنق الرحم لخروج الولد اكثر في الغالب من معارضة الحوض له وان يبوسته من الاسباب الغالبة لبطء الطلق وان حصول عسر الولادة من ذلك اكثر من حصوله من الحوض وان الشحم المحيط بالرحم يمكن في بعض النساء ان يصير الولادة عسرة

الثالث في امراض مختلفة * ومما يستدعي احتراسات مخصوصة ايضا وجود ورم ليفي او اسقيروس او بوليبوس او اثر التحام او خراج في سمك الرحم او على سطحه الباطن اذا امكن معرفة ذلك وذلك اولا ان المحل المريض لا ينبسط غالبا مع انبساط العضو مدة الحمل او لا يرجع على نفسه بعد الولادة وثانيا ان ذلك يتعب ويعوق الانقباضات مدة الطلق فيعين بذلك على تشنجات الرحم وتمزقاتها او نزيفها او خمودها وهبوط البنية فيلزم حينئذ اخراج المرأة حسبما امكن بالصناعة من مثل تلك الاخطار واستخراج الجنين بدون طول انتظار

سواء باليد او بالآلات فان قيل قد ثبت من كثير من المشاهدات ان الولادة تحصل فى الغالب حينئذ بدون استعانة من الصناعة وهلاك النساء قبل تمام شهر الحمل انما يكون من تقدمات الداء نقول ان ذلك لا يمنع جواز حصول الاخطار التى ذكرناها والاحتياج الى استعمال وسائط الصناعة للنساء المصابات بهذه الآفات

(المطلب الثامن)
(فى تغير موضع الرحم)

تغير موضع الرحم وزوغانها لم يسبب شيأ الا كونه يصير الولادة احيانا عسرة جدا بل غير ممكنة بالكلية والكلام هنا محصور فى مهمين

(المهم الاول)
(فى سقوط الرحم)

السقوط التام للرحم لا يمنع العلوق بل قد يكون الحمل هو الدواء له ثم ان السقوط قد يحصل فى غاية تمام الاشهر وقد يحصل فى مدة الحمل وفى كلا الحالين متى وصل الحمل الى غاية تمامه جاز ان الرحم التى لا يمكن مساعدتها حينئذ بعضلات البطن تخلص منه بنفسها بدون استعانة بشئ وقد لا تكفى حركاتها العنيفة لذلك فمن الحزم ان تستعمل حينئذ على التعاقب المطبوخات والمغليات والمراهم المرخية ثم التوسيع ثم الشق لحوافى الفوهة وبالجملة فمن الاطلاع على المشاهدات يعلم ان السقوط قد يحصل فى آخر مدة الحمل وتلد المرأة بدون استعانة بشئ كما قلنا وقد يحصل قبل ذلك كما فى الخامس مثلا ويحصل عقب ذلك الاسقاط فيصح ان يعد سقوط الرحم من اسباب الاجهاض وقد اتفق لبرتون انه لم يمكنه رد الرحم الساقطة الا بعد ان استفرغ من المثانة نحو ستة ارطال من البول ورشتر تمكن من ادخالها بواسطة استلقاء المرأة على ظهرها ووضع جهاز معلق اى مانع للسقوط وحصلت الولادة بدون عارض وفى بعض الاحوال اضطر لوضع جفت الولادة وقد اتفق ان العنق وجد مع ذلك سميكا متدمملا فاضطر لعمل شق عريض فى كل جانب

ونزل الجنين وشفيت المرأة بل قد عمل احيانا شق صليبي مع العنق طوله ثمانية عشر خطا وحصل منه نجاح وقد ظهر في مثال ذكره دبوى ان الرأس كان مغلفا بالرحم وبرز في التقعير وظنته القابلة الجيب المائى اى القرن ثم اندفع ذلك الرأس نحو الفرج بحركات عنيفة حصلت من المرأة ووجد بعد الولادة في الرحم فتحة عريضة موضوعة بالعرض قرب الفوهة الطبيعية ومن المستغرب الغير الواضح مشاهدة فازولاس وهى ان الرحم خرجت الى الخارج مدة الطلق وانشقت الى قعرها بدون ان تموت المرأة من ذلك فقد علم من تلك المشاهدات ان شق العنق قد يحتاج اليه وقد لا يحتاج اليه وكل ذلك لا يخالف ماذكرناه من القواعد فى اول البحث وانما نزيد على ذلك ان كمبردون ظن انه اذا كان السقوط غير تام ومصحوبا بالالتصاق يضطر للعملية القيصرية المستقيمة المهبلية

(المهم الثانى)

(فى فتق الرحم)

قد ذكروا مشاهدات كثيرة فى فتوق الرحم مدة الحمل لكن المظنون ان اصحابها غلطوا فى ذلك وانها انما كانت من الانحراف المقدم للرحم او نقول وهو الاحسن كما هو واضح فى مشاهدة ويبرانما كان ذلك من الانقلاب المقدم اى التفات القعر الى الامام اى الى جهة العانة والعنق الى الخلف اى الى جهة العجز وهذا التحويل على رأى كثير من المؤلفين مانع قوى لانتهاء الولادة من نفسها بحيث انهم لم يجدوا واسطة فى مثل تلك الحالة احسن من العملية القيصرية مع ان هذه الواسطة يندر ان يستعملها شخص يعرف ان يوضع بالضبط اعمال البنية ووسائطها فاذا امكن رد الرحم لوضعها الاول فعله الطبيب المولد فان لم يمكن ذلك امر المرأة بالوضع الافقى وان لا تفعل حركات شاقة ثم انه فى مدة الانقباضات بل وفى مدة الفترات لا بأس ان يدفع الرحم باليدين الموضوعتين على الخثلة كأنه يدخلها فى البطن فبهذه الاحترامات التى ليست دائما لازمة يتمدد العنق وينفتح وينتهى الطلق بدون استعانة بشئ

آخر بدون خطر حتى فى الاحوال التى تكون بحسب الظاهر عسرة فقد اتفق الطبيب ماكسترف انه دعى لامرأة منعها من زمن طويل فتق رحمى نخذى وكانت بدت بعض اعراض الحمل ووصلت الى تمام اشهره فرأى هذا الجراح ان الانذار مغم وظن الاضطرار لعملية الشق الرحمى ومع ذلك لم يفعل شيأ من ذلك وحصلت الولادة بنفسها بدون استعانة بشئ ووجد ايضا امثلة اخر عملت فيها العملية القيصرية وماتت المرأة وبعضها حصلت الولادة بدون شئ ونجت المرأة وجنينها فاذا كان الفتق سريا جاز ايضا التحذر من العملية القيصرية يعنى وتتم الولادة من نفسها كما شوهد ذلك وربما شوهد عسر هذا الانقلاب لكن الغالب كونه حينئذ مصحوبا بعيب فى الحوض او بتغير فى العنق

(المطلب التاسع)

(فى الزوغانات)

مجرد زوغان الرحم بانواعه قد يتعب سير الولادة ويستدعى احتراسات مخصوصة واظن ان من المهم ان ننبه هنا على انه لا ينبغى اشتباه زوغانات العنق التى تكلم عليها بعض القدماء من المؤلفين بالانحرافات الحقيقية للرحم فان انحراف الفوهة وان كان كثيرا ما يتطابق مع انحراف قعر العضو الا ان وجود احدهما مع الاخر ليس بلازم اى انه قد ينفك عنه فى غير الغالب والكلام هنا منحصر فى مهمين ومختصره فى مهم ثالث

(المهم الاول)

(فى زوغان الرحم)

اذا كانت الرحم مائلة الى الجانب او الى الخلف لم ينتج من ذلك تعسرات عظيمة فى اندفاع الجنين اذا لم يكن هناك سبب آخر للعسر بخلاف الانحراف الى الامام سيما اذا كان كثيرا فان وسائط الصناعة ربما كانت لازمة له فتوضع المرأة بالاستلقاء على ظهرها من ابتداء الطلق حافظة لوضعها الافقى مع الاحتراس على رفع دبرها جدا ثم تدفع الخثلة الى الخلف مع ادخال اصبع او اصبعين فى المهبل ليجتهد فى توصيل العنق الى مركز الحوض وهذه الحركات

الاخيرة انما تنفع اذا كانت الفوهة مرتفعة نحو الزاوية العجزية الفقرية فان كانت الرحم بدل ان تنحني على هيئة حركة المدحوحة انثنت على مسطحها المقدم على هيئة معوجة كيماوية لم يلزم فعلها وانما تلزم المرأة حينئذ بان تلطف بل تقطع حركاتها العنيفة لان فعل الحجاب الحاجز والعضلات البطنية مدة الاوجاع يميل دائما الان يزيد فى الانحراف فيبطل الاعمال التى يعملها الطبيب المولد فى الجهة المخالفة * قال المؤلف وقد دعيت لامرأة شابة لم يتقدم طلقها منذ ساعات كثيرة مع ان الاوجاع كانت شديدة جدا وكانت الرحم مقوسة على هيئة معوجة وبهيئة بحيث ان فى كل انقباض يصير وجهها الخلفى كله افقيا فافهمت المريضة ان حركاتها العنيفة غير نافعة بل ربما منعت انتهاء الولادة فقبلت نصيحتى وتصلبت بجميع قواها على الاحساسات التى تنبهها على الاندفاع فلم تلبث الرحم قليلا حتى ارتفعت من نفسها مدة الانقباض وجاء الرأس بسرعة واندفع الجنين وكل ذلك فى مسافة ساعتين فعلم من ذلك ان هنالك احوالا من الزوغان يلزم ان تترك الولادة فيها للانقباضات الرحمية فقط وما زعمه موسكيون ودوفنتير من ان الغالب انتهاء الانحرافات الرحمية بوضع الجنين بالعرض غلط وكذلك زعم ان ذلك لا يحصل ابدا مع ان من المتقدمين من ذكرها سببا من اسباب عسر الولادة ومنهم من ذكرها من عيوب الوضع واما الحامل للطبيب سميلى والحكيم هلد على اهمال ذكرنا بحثها فانما كان القصد بذلك مضادة دوفنتير فى كونه بالغ وتغالى فيها فاذا كانت تلك الانحرافات كافية لحصول الاوضاع المستعرضة وللمجيء بالكتف فاقله حسبما يظهر انها كثيرا ما تكون ايضا سببا للمجيء بالوجه او الجبهة او القفا او الحدبات الجدارية او الخرقفة او غير ذلك فهى بالنظر لذلك تستدعى انتباه الطبيب المولد

(المهم الثانى)
(فى الزوغان المقدم لرأس الجنين والخلفى للرحم)

قال المؤلف يلزم ان انبه على نوع من الزوغان لم يتفق لى مشاهدته الامرة واحدة

وماوجدت فى كتب المؤلفين من امثلته الايسيراوهو خلاف الانحراف المقدم
فلا ينبغى اختلاطه به وذلك انى وجدت فى مشاهدتى ان قعر الرحم كان مائلا
الى الخلف اكثرمن الامام وحصل من رأس الجنين فى اعلى المضيق بروزعظيم
نزل الى قرب الفرج فكان يوجد مستقرا امام ارتفاق العانة ومع ذلك كانت
جدران البطن رقيقة بحيث يسهل الاستشعار بالرأس ويوافيخه ودروزه من
خلف تلك الجدران وكانت القمحدوة على اليمين والوجه على اليسار والجدارى
الايمن مستندا على الوجه المقدم لارتفاق العانة والجدارى الايسر من الامام
وعنق الرحم الذى اضطربت للتفتيش عليه فى محاذاة المضيق العلوى
كان كانه محفورله فى سمك الرحم وبذلك كان من الخلف اكثرطولا من الامام
ولاجل وجدان الفوهة والنفوذ منها الى رأس الجنين التزمت ان احنى الاصبع
بحيث مررت بها افقيا على اعلى العانة فاستغربت هذه الهيئة واظهرتها
لمن حضرها عندى من التلامذة بحيث سهل عليهم تحقيقها وسيرالطلق كان
فيه تعوق بحيث ان الوجع استمر سبعة ايام مع الانقباض القوى ولم ينفتح العنق
الايسيراجدا مع انه كان رخوا وقابلا للاتساع واعترف ديرزموس الذى
كنت دعوته لرؤية هذا الامر الغريب بانه لم يشاهد مثل هذه الحالة وظن
كل منا انه يلزم بواسطة الوضع المناسب وفعل اليدان يجتهد فى توجيه الرأس
لمركز المضيق العلوى بان يزلق من اسفل الى اعلى ومن الامام الى الخلف من فوق
العانة فشرعت فى هذا العمل فى نصف الساعة التاسعة من الزوال واستدمت
ذلك متعاقبا مع كثير من التلامذة الى ان تمت الساعة تسعة فعند ذلك زال
الانتفاخ الذى كان امام العانة واخذ الطلق فى السير السريع حتى ولد الجنين
وانتهى التخليص فى اقل من ساعة ويظهر ان الطبيب بروكا شاهد مثل
ذلك ايضا فانه قال فى مشاهدته ان قمة الرأس كانت من الامام واعلى العانة
وكانت القمحدوة ملتفتة الى اليسار والوجه الى اليمين

والظاهر ان مثل هذه الحالة يتعلق اولا بالانحراف الخلفى للرحم وثانيا
بالانحراف المفرط للمضيق العلوى وثالثا ببعض الاوضاع الزايغة لرأس الجنين

اويمكن ان يكون ذلك من سموكة جدران الرحم وعدم تساوى كثافة تلك الجدران والمناسب ان ينسب لهذا التغيير الموضعى اى تغيير الرحم موضعه الاوضاع التى سميتها القابلة لتشبيل بالاوضاع اعلى العانة

(المهم الثالث)

(فى كلام مختصر فى الزوغانات)

يمكن ان يقال ان الانحراف المقدم للرحم هو الذى وحده يستدعى بعض اشتباهات مدة الطلق فاذا وجد لم يدخل الجنين الا بعسر والعضلات البطنية المقوسة جدا يكون انقباضها ضعيفا فاذا تيسر الحال وادخل رأس الجنين فى التقعير ارتفعت الفوهة الى الخلف واما جدارها المقدم الذى رق وتمدد فيغلف الرأس كمرقية وينزل الى اسفل المضيق

وهذه الهيئة قد يغلط ويرتبك فيها المبتدىء بحيث يظن بسببها ان الاتساع تام فى بعض الاحوال مع انه يكاد ان لا يكون ابتدأ فيها وكثيرا ما لا يجد العنق اصلا فيظن امورا مخالفة للعادة * قال المؤلف وأذكر لك شاهدا على ماذكرت وذلك ان شابا من اخوانى مارس الاعمال فى المدينة منذ ثلاث سنوات فكتب لى ما نصه قد مكثت هذه الليلة الماضية بقرب امرأة فلان لاجل الولادة بحيث ظهر لى ان الطلق سائر بانتظام غير انى لم اجد فوهة الرحم اصلا فانى ذهبت بالاصبع نحو الزاوية العجزية الفقرية ثم لجانب الحفر الحرقفية ثم الى امام العانة ثم الى خلفها ففى جميع تلك الجهات اجد حاجزا مسدودا متكونا من الطرف العلوى للمهبل ولم اعثر على العنق فكيف ذلك وماذا اصنع انتهى واقول انما كان ذلك لان الفوهة كانت مائلة الى الخلف والاعلى على الورم بحيث انه يلزم للوصول لها ان تمال الاصبع على هيئة كلاب ويذهب بها الى الامام بالكلية وكلما وجدت هذه الحالة الكثيرة الوقوع اجد سير الطلق فيها بطيئا الى نهاية الزمن الاول ثم يكون قويا شديدا اولا يستدعى وسائط مخصوصة وكثيرا ما وجدت الفوهة مائلة الى الخلف او الجانب بحيث ان مسطحها يقرب لان يوازى محور جسم المرأة مع كون الباقى من الرحم يكاد ان لا يكون فيه

زوغان

زوغان ويقرب للعقل ان الاسباب التى تعين على هذا الانحراف هى افراط اتساع الحوض وزيادة انحراف مضيقه العلوى والاوضاع القمعدوية ونسب ذلك بعضهم لزيادة نتو الزاوية العجزية الفقرية لا غير وهو غلط فان باللمس يستشعر تارة اسفل التقعير وتارة اعلاه قليلا بورم يكون غالبا جيد الانتظام وهو مكون من رأس الجنين الذى يغطيه الجدار المقدم للعنق الرحمى المتوتر المستطيل جدا وهذه الحالة تبطئ سير الولادة بطئا مخصوصا كما قلنا وتطابق غالبا ما يسمى بوجع الكليتين ويخشى فيهما من تمزق العنق الذى ذكرناه سابقا اى تمزقه بانفصاله عن الجسم بحيث يمر الجنين من الجرح الناتج من ذلك ويمكن ايضا اذا كان الطبيب غير ماهر ان يظن هذا الورم جيب المياه اعنى القرن اوان يمسكه بجفت الولادة ظانا انه الرأس خالصا

وحذاق المؤلفين حتى بودلوك ذكروا لعلاج هذه الحالة ان تشبك الفتحة فى اصبع او اصبعين وتخفض نحو مركز الحوض فى فترات الاوجاع وتحفظ هكذا مدة الانقباضات او يعمل بدل ذلك عملية الشق الرحمى المهبلى فانها واسطة وحيدة للتحذر من حصول الغنغرينا او تمزق الرحم او غير ذلك * قال المؤلف واذا نظرت الى تجربياتى وما تمسك به سميلى من ان انحرافات العنق الى الخلف لا تستدعى عملية التحويل ولا الاتساع الذى امر به دوقتبير حملنى ذلك على ظن ان الصناعة هنا يندر الاحتياج لها بل كثيرا ما تجعل فقد المرأة او جنينها ولقد مكثت مدة طويلة مقتفيا الوصايا المذكورة فى الكتب فكنت احيانا ارى منها نجاحا لكن الغالب ان لا يحصل ذلك الا بعد ان تطول مدة اقامتى ساعات كثيرة قرب المرأة الى ان اتفق لى مرة انى وضعت تلميذا مكانى مع امرأة فاهمل الاشياء اللازمة التى امرته بها وغبت عنه نحو ثلاث ساعات ورجعت فوجدت العنق متسعا اتساعا تاما والقرن انكسر ودخل الرأس بقوة فمن ذلك الزمن ما فعلت شيأ فى مثل تلك الحالة وتركت ذلك الى بنية المرأة اى طبيعتها التى ترجع الاشياء الى اوضاعها الطبيعية وانما المهم حينئذ ان لا تحرض المرأة على فعل حركات عنيفة وينتظر مع الصبر ان الرحم

بانقباضها البطئ توصل العنق الى طرف الورم وتقهر رأس الجنين على الدخول فيه

(المطلب العاشر)

(الاثر البطنية اى مواضع التحام الجروح)

التحدبات العظمية والامراض الحادة لا تكون سببا لعسر الولادة الا بكونها غالبا تمنع المرأة عن ان تفعل حركاتها العنيفة التى يستدعيها الوضع الامع الخطر غير ان هنالك سببا آخر للعسر عظيم الاهتمام لم يذكره احد من المؤلفين وهو ما ذكرناه فى الترجمة وشاهده ان امرأة قوية سنها خمس واربعون سنة دخلت فى طلق اول حمل لها ومكثت فيه مدة اربعين ساعة فدعى المؤلف اليها من طبيب آخر فرأى ان مجيء الجنين جيد والرأس شاغل للتقعير من منذ ثنتى عشرة ساعة بدون ان يتقدم مع ان الانقباضات الرحمية كانت قوية جدا ثم تأمل فوجد جلد مقدم الفخذين والبطن مغطى كله باثر التحام قديمة صلبة ليفية فكان ذلك كلجام للجزء السفلى من الحشا بحيث صارت الرحم كأنها مختنقة من اعلى العانة حالا ولم يمكن ان ينزل الجنين فوضع هذا الجراح جفت الولادة فخرج الجنين حيا

(المبحث الثانى)

(فى عسر الولادة الآتى من قبل الجنين)

(المطلب الاول)

(فى العسر الحاصل من زيادة حجم الجنين)

قال الطبيب دوجيس لا شك ان القامة العظيمة للجنين تصير الولادة ابطا واوجع واشق سيما اذا كانت الحال التى يمر منها قليلة الارتخاء والانفتاح كما فى تكون فى الطلق الاول وكذلك لم يثبت الى الآن ان الابعاد اى الاقطار الكبيرة المناسبة لجسم الجنين التام الاشهر يحصل منها وحدها مانع للولادة الذاتية

فاذا كان بودلوك وشوسيه وغيرهما شاهدوا اجنة وزنها عقب الولادة كان نحو ثلاثة عشر رطلا فقد شوهد الآن ايضا من بلغ وزنه خمسة عشر وعشرين

وخمسة

وخمسة وعشرين وطوله من اثنين وعشرين قيراطا الى ثلاثة وعشرين
ومن المؤكد ان الجنين الذى طوله اثنان وعشرون قيراطا لا يبلغ قطر راسه
القمحدوى القمى والجدارى المزدوج اربعة قراريط ولذلك كانت الولادة
الذاتية حينئذ ممكنة وان كان حجم الجنين عظيما ولننبه على ان ادنى تضايق
فى التجويف الحوضى حينئذ وسيما مضيقه العجانى يكون سببا لعسر الولادة
واذا كان حقا كما ظنه بعضهم ان عظام الجمجمة تكون اصلب اذا لم تصر المرأة
حاملا الا بعد ثلاثين سنة وان روس الصبيان اكبر من روس البنات بجزء
من ثمانية وعشرين جزأ كان من اللازم اذ ذاك ان الولادة تكون اعسر قليلا
وان اكثر من يموت من الاجنة يكون من الذكور ومما هو غير مقبول الآن
ما كانوا يظنونه من ان الاجنة ذوات العنق القصير تتعسر فى النزول اكثر من
غيرها وان الجنين يختنق اذا صار عنقه بين ذراعيه او فخذيه وان وقوف
المنكبين فى المضيق العلوى يكون سببا لعسر الولادة وان الجنين يختنق
اذا ضاق عنق الرحم عليه ثم قد يصير الجنين الولادة عسرة او غير ممكنة بكيفية
اخرى فقد اتفق فى مشاهدة دو برك ان الجنين اكتسب صلابة وتباعدت
اغشيته عن بعضها بحيث لو بقى الى تمام اشهره لم يمكنه المرور يقينا من
المسالك الاعتيادية ومثل ذلك الامفيزيما العامة فانها قد تعظم بحيث تعطى
صلابة لمنسوجات الجنين الميت فى مدة الطلق ويرى حجمه بعد استخراجه
مزدوجا او مثلث القدر

ففى مثل الحالة تكون عملية التحويل بالقدمين واسطة ضعيفة لان الرأس
اذا جاء اولا فلان اقصر اقطاره ومحيطه توافق دائما فى الاتجاه اعظم اقطار
الحوض فاذا استخرج الجنين بالقدمين كان الغالب ان تقهر القمحدوة على
الانقلاب كثيرا او قليلا نحو الظهر ويقهر القطر القمحدوى الجبهى الذى
فى هذه الحالة يقرب طوله من خمسة قراريط على ان يأخذ محل القطر القمحدوى
القمى فالاولى اذن ان يسلم الحال للبنية والطبيعة ويبدل التحويل بوضع
جفت الولادة اذا احتيج اليه واذا كان الطرف الحوضى هو الذى جاء اولا

او حصل التفتيش عليه يجتهد فى ان لا ينقلب احدى الذراعين خلف العنق ويندران يحصل تعسر فى الولادة من الجنين المشوه التركب اذا كان وحيدا والارتشاحات فى الاغشية المجللة للجمجمة والاورام الدموية تزيد احيانا فى حجم رأس الجنين ولكن يندران تكون عائقا لخروجه وشاهدهونيبران الارتشاحات ونحوها اذا كانت احيانا عظيمة بحيث تستدعى انتباه الطبيب فانما ذلك لكونها بدخولها فى فراغ القوس العانى تعارض احيانا حركة الاستدارة التى يلزم ان يفعلها الرأس ليخرج من المضيق السفلى

(المطلب الثانى)
(الاستسقاء فى الجنين)

النوع الاول الاستسقاء المخى وهو سبب لعسر الولادة آكد وخصوصا انقل من السابق وعلاماته ان الاصبع تحس بورم عريض متوتر وتكون العظام متباعدة جدا عن بعضها ومتحركة واليوافيخ عظيمة الابعاد اى الاقطار والعظام السمسمانية تكون احيانا عريضة موضوعة فى وسط مسافة غشائية واما ارتشاح اطراف الام وخلتها ومدة الحمل والاستسقاء البطنى والامنيوسى والاوذيما العامة والمزاج اللينفاوى وبقية العلامات التى استخرجوها من حجم رأس الام ولسانها وجبهتها فانما هى ظنون وتخامين غير كافية فى التشخيص الصحيح وينبغى الاحتراس من ان يغش بالفقد العارضى للتعظم او بيافوخ اوبدروز غير اعتيادية او بلين عظيم فى العظام وليتذكر ان الاستسقاء المخى مدة الحياة داخل الرحم يكون نادرا بحيث انه على ما قالته لشبيل لم يشاهد فى ٤٣٥٥٥ ولادة الا ١٥ مرة

ولاجل معرفة اخطار هذا النوع المعسر للولادة لا بأس ان يعرف ان المادة المصلية قد تتراكم فى الجمجمة بكميات مختلفة وانه اذا كان الرأس رخوا اولم تزد اقطاره زيادة كبيرة كفت قوى المرأة وحدها غالبا لاندفاعه فان كان حجمه غير زائد والرحم مهددة بالخمود استعمل جفت الولادة مع الانتباه لان يكون الضغط به بطيئا معتدلا حتى لا يكسر ولا تنفلت الآلة فان كان الجنين ميتا

اوكان الرأس غليظا بحيث يعسر ان يمر من المضيقين كان آخر الوسائط المضطر لاستعمالها هو شق الجمجمة ومع ذلك يلزم ان نقول ان هذه العملية هنا كانت موضوع المسئلة مهمة عند الممارسين فاذا تحقق انقطاع حياة الجنين كانت العملية مجمعا عليها اما اذا كان حيا فقيل لا يسامح فى اهلاكه بل الاحسن فعل العملية القيصرية او الشق العانى وقيل لا حاجة لذلك فلا يكون الجنين سببا فى قتل امه سيما والاجنة المصابون باستسقاء المخ يموتون بعد قليل من ولادتهم فيكون من الامور المضادة للبشرية ان تقتل امرأة سليمة جيدة الصحة لاجل كائن بقاء وجوده غير ثابت قال المؤلف وهذا على رأى صحيح لانه اذا ثبت كما قال دوجيس ان الدرجة الخفيفة من استسقاء المخ لا توصل لموت الجنين يقينا ولا تمنع دائما حيويته ويمكن ازالة شفائها احيانا يكون من المحقق ايضا ان الرأس حينئذ ليس كبير الجم حتى يستدعى العملية وانه فى الاحوال التى يكون الداء فيها متقدما بحيث يصير الولادة غير ممكنة لا ينبغى مراعاة قابلية الجنين للحياة لكن يقال باى كيفية يستفرغ السائل هل بمقراض سميلى او بثاقبة الجمجمة لاستين او بمشرط اعتيادى او الاحسن من ذلك كله على رأى مجريير ودوجيس باذلة ولا نرى فى هذه الاخيرة خطرا فان عملية البط فعلت بعد الولادة وحصل منها نجاح وانه لا منفعة لتمزيق عريض لاجل اعطاء منفذ للمادة المصلية التى فى المخ تخرج منه وانما اذا لم يستفرغ سائل الرأس من فتحة صغيرة كافية لسهولة خروجه فلا بأس ان يغمس فى الجمجمة احد هذه الآلات المذكورة

وبعد شق الرأس تكفى الانقباضات الرحمية غالبا لانتهاء الولادة فان لم يكف ذلك استعمل جفت الولادة او عملية التحويل او الكلاب

النوع الثانى استسقاء السلسلة الفقرية * قال المؤلف لا اعلم فيما شاهدته ان استسقاء السلسلة منع انتهاء الولادة ونهايته انه داء خطر للجنين وايضا لا شئ اسهل من استفراغ الورم بان تغمس فيه باذلة اذا ظهر انه مشوش لسير الطلق

النوع الثالث الاستسقاء البطنى والاستسقاء الصدرى * قد يكون هذا

الاستسقاء عظيما بحيث يعارض خروج الجنين وعند مورسوس ليس له طريقة الا البطه وله امثلة فى ذلك وقال لوموين يمكن ان يستخرج الجنين بدون ان تعمل له عملية البط غيران امثلته فى ذلك قليلة ولكن نقول اذا كان السائل نحو رطلين حصلت الولادة ولابد بدون احتياج لشئ اما اذا كان البريتون حاويا لمقدار كبير كما شوهد من اربعة وعشرين رطلا الى ثلاثين مثلا فان عملية البط تكون لازمة وليحذر مما اوصى به بعضهم من التزريق والشرمطة والثقب بالاصبع فى السرة او ما حولها لانه يكفى دائما ان يعمل بط بسيط بالباذلة او المشرط يتجه بايهما كان للبطن او ينفذ بهما فى الحجاب الحاجز

(المطلب الثالث)
(فى اورام مختلفة فى الجنين)

مما يستدعى احتراسات مخصوصة بل قد يصير الولادة غير ممكنة وجود اورام فى الجنين صلبة نامية فى بعض محال من الجسم وهذه الاحوال مغممة جدا لكونه لا يمكن فى الغالب الوقوف على حقيقة الحال قبل انتهاء الطلق ففى مثال نيوير كان فى الجنين نتوء صلب بارز جدا كأنه واقف اعلى العانتين فوضع جفت الولادة فلم ينفع فالتزم الجراح استفراغ الرأس ومع ذلك لم يمكن استخراج الجذع بواسطة الكلاب الحاد والجذبات القوية ففى تلك الحالة ماذا يظن فى طبيعة هذا المانع حتى لو عرف ماذا يفعل هل هنالك منفعة لعملية التحويل وهل ينفع الضغط على الجزء السفلى من الخثلة فكل ذلك امر يتحير فيه ولا يوضحه الا التجربة ومن امثلة تلك الاورام ورم قدر الرأس مرتين موضوع فى طرف العجز بحيث صير الولادة عسرة ومنها ايضا ورم فى القفا كأنه رأس ثانية وورم آخر فى العنق فى حجم الرأس ومنها فى محل جدران البطن كيس كبير وقف الطلق زمنا طويلا والتزم الجراح المشاهد بطه بالباذلة وشوهد مرة اخرى ورم امام العانة يحتوى على نحو اربعة وعشرين رطلا وانتهى الحال بتمزقه بدون ان يقطع حياة الجنين

(المطلب الرابع)
(فى تضاعف الاجنة)

بوجود اجنة كثيرة فى الرحم فى زمن واحد يبعد ان يكون دائما سببا لعسر الولادة اذا كان كل منها غير متعلق بالآخر وله جيب امنيوسى منفصل عن غيره بخلاف ما اذا كانت الاجنة محوية فى كيس غشائى واحد والتصقت ببعضها بحيث قهرت على المجىء معا المضيق الحوض فانه يحصل منها عسر ومثل ذلك ايضا ما اذا كانت الاجنة منفصلة عن بعضها وجاء احدها للمضيقين بالعرض والغالب ان يحصل ذلك فى الجنين الاخير والكلام هنا منحصر فى مهمات

(المهم الاول)
(فى الاجنة التوائم المشوهة التكون)

انضمام الاجنة قد يكون على درجات واشكال كثيرة الاختلاف فتارة يكون الالتصاق بجزء محدود من اسفل الجسم او وسطه او اعلاه وتارة يكون بمعظم الظهر بل كله او باحد الجانبين او بالمسطح المقدم وتارة يلتصقان برأسيهما او بالمقعدة وفى بعض الاحيان يكون الاختلاط اتم من ذلك فيوجد جذع واحد لرأسين وذراعين او اربعة اذرعة وذلك هو الكثير الوجود وقد يوجد العكس اى رأس واحد لجذعين واطراف منفصلة وذلك نادر وشوهد من كان جذعه عظيم الحجم جدا واطرافه كانها فى ابتداء نشأتها ففى مثل تلك الاحوال ربما حصل تعسر فى الولادة من زيادة حجم الرأس او الجذع

واما التشوهات التى تؤخذ من بعض المشاهدات كالذى يكون له خرطوم كخرطوم الفيل او الفاقد لعظام سقف الجمجمة او الذى مشيمته مندغمة فى جبهته مع فقد تعظم ذلك القسم او ذى الانف الذى على هيئة منقار الدرة وذى الزائدة المعلقة فى الجبهة على هيئة قضيب فلا يحصل منها تعسر فى الولادة

فاذا كان التوءمان منضمين بالبطن او بمقدم الصدر بواسطة لجام كما شوهد ذلك مرارا فان التعسر قد يصير عظيما وان كان كثيرا ما ينزلان بدون استعانة

بشئ كما شوهد ذلك سيما فى البنتين المذكورتين فى مشاهدة الطبيب برى فانهما عاشتا ثلاث سنين واصيبتا معا بالجدرى واعطى مسهل لاحداهما فحصل الاسهال لهما معا ولما دنى اجلهما ماتا معا فى آن واحد والتوءمان الملتصقان بظهرهما او بجانبيهما قد يولدان احيانا بدون تعسر زائد

وعلامات هذه التشوهات مبهمة بحيث لايمكن تأكيد وجودها بل ولا كونها قريبة للعقل الا اذا نزل الى الخارج بعض اجزاء من جنين فاذا كان الجنين مزدوجا برأس واحد وجاء بالقحف او بالقدمين وكان حوض المرأة جيد التكون لم تستدع الولادة استعانة مخصوصة ومثل ذلك جنينان موضوع احدهما على طرف الآخر سواء المقعدة او الرأس كما ثبت ذلك من مشاهدات كثيرة وسيما مشاهدة دوجيس التى كان الازدواج فيها تاما وتمت اشهرهما وعظم حجمهما وولدا بدون استعانة بشئ واتفق ايضا فى مشاهدات اخر ان المشوهين كانوا صغار الحجم جدا وصارت ولادتهم عسرة سيما عند ارادة اخراجهم احياء

فلو كان هناك رأسان لجذع واحد فان جاء الذى من الامام اولا جاز ان يتبعه الثانى بدون تعسر فانه بدفع احدهما الآخر يخرجان من الفرج اسهل مما لو كان المولود جنينا واحدا فقد ذكر حرانفس توءمين برأسين وجذعين وخرجا من ذاتهما بدون تكلف فان كان احد رأسى المشوه على العجز وكان مستنقيا كما شاهد ذلك الطبيب بوه كان استخراجه شاقا فى بعض الاحوال وقد ينضم التوءمان بحوضيهما بحيث تكون الاطراف البطنية موضوعة فى البطن بالعرض فهذا يحصل منه تعسر ايضا فاذا جاء مزدوج الرأس بالقدمين نزل الرأس الخلفى فى التقعير اولا والاخر يبقى اعلى العانة ثم ينزل بعد ذلك ويصير باقى الولادة اسهل مما كان فى الحالة السابقة وقد يأتى الرأسان بحالة اخرى فينقلب احدهما على الزاوية المجزية الفقرية او على اعلى العانة ولا تحصل ثمرة للمرأة من حركاتها العنيفة فتضطر للطبيب المولد ليستعمل وسائطه ولكن قبل ان يعمل شيأ ينبغى ان يسأل هل الجنين المشوه ميت اوحى

فان

فان كان حياً فهل يقع التأثير على المرأة او عليه فانا نعلم ان الجنين المزدوج اوذا الرأسين يمكن ان يعيش ويمو خارجاً عن بطن امه وان كثيراً من هذا النوع من عاش الى سبع سنين وعشر وعشرين بل والى سن اكبر من ذلك بل ذكروا ايضاً ان الاجنة التي لا مخ لها قد تولد احياء وان لم تطل مدة حياتها الا بعض ساعات الى عشرين ساعة ونحن انما نتمسك بان مثل هؤلاء الكائنات وان كانوا بالضرورة مستعدين للحيوية الا اننا لا نعاملهم بالاحتراسات والاشتباهات كما نعامل غيرهم لان حياتهم لا يقال لها ثمينة بحيث انه لحفظ عدد قليل منهم تعمل في الام عملية من اخطر واهلك ما يكون وان كان يتفق في بعض الاحيان ان يغاث الجنين بالعملية القيصرية ولا تقتل الام لكن من المعلوم لكل احد انه يفقد بها نصف النساء اللاتي تعمل لهن وان معظم الاجنة لم يلبثوا قليلا حتى يهلكوا من انفسهم فاذا خيرنا بين الشق الرحمي وقتل الجنين المشوه نختار قتل الجنين حالا بدون توقف ولكن من السعد ان الطبيب الماهر المولد لا يضطر دائماً التوارد هذين الشيئين المغمين على خاطره وانما بالاعمال المنتظمة اما باليد او بجفت الولادة او بالرافعة يصل غالباً بل دائماً لتخليص المرأة من الطرق الاعتيادية بدون ان يؤذي الجنين

وعملية التحويل بالقدمين سواء كان الجنين مزدوج جميع الاعضاء او مزدوج الدماغ فقط وسواء كان حياً او ميتاً وفي اي زمن كان من ازمنته تكفي اقله في تسعة من عشرة اذا لم يكن هناك سبب آخر للتعسر فينبغي فعلها في جميع الاحوال فان في حالة ازدواج الرأس دفع الطبيب بوه الرأس الذي نزل اولا وقدش على القدمين ثم خلص الرأسين بعد ذلك بدون زيادة تعب ومع ذلك اذا انحشر احد الرأسين بقوة اولا وبحيث لا يمكن دفعه يصح ان يجرب وضع الجفت فان لم يكن ذلك فاخر الوسائط ان ترفع الاجزاء النازلة في التقعير اعني الرأس وحده او الرأس والذراعين ثم يقدش على القدمين لينتهي العمل بعملية التحويل

(المبحث الثاني)
(في الجنينين المنعزلين عن بعضهما)

اذا كان التوءمان خالصين وكل منهما في جيب مخصوص كما يشاهد ذلك في معظم الاحوال فانهما ينموان منفصلين بدون ان يعوق سير الطلق وانما قد يكون احيانا ما بينهما في المجيء مدة طويلة فيخرج الثاني بعد الاول بيومين او ثلاثة الى عشرة والغالب حينئذ ان الاول يندفع بدون وجع او بوجع يسير ثم بعد ولادته ينقطع الطلق لان الثاني كثيرا ما يكون حينئذ موضوعا بالعرض او في وضع معيب فاذا ابطأ نزول الثاني لم يلزم التفتيش عليه وانما تنتظر انقباضات الرحم الا اذا كان هناك ما يستدعي التفتيش فاذا سار الامر بانتظام كان الاحسن تحريض الانقباضات بالوسائط المعروفة فاذا ابطأ تخليص المرأة بذلك لم تكابد منه الا قليل الم ولم يخش عليها ولا على جنينها عظيم خطر فاذا جاء الجنينان معا الى المضيق احتيج لتوسط الصناعة في معظم الاحوال فلو اتفق شعر بميل الرأسين لدخولهما معا في المضيق وذلك نادر جدا كان المناسب دفع اكثرهما تحركا الى الداخل بالاصابع ليتقدم الآخر الى الامام ويفعل مثل ذلك ايضا في المجيء بالقدمين او الركبتين او المقعدة فاذا ركب احد الجنينين على الآخر او جاء بالعرض او بكيفية اخرى غير الرأس والحوض استعملت عملية التحويل اما اذا جاء احدهما بالرأس والآخر بالقدمين فان الذقن لهذا الاخير بوصولها للمضيق العلوي يعلق في ذقن الآخر وينتهي حال الرأسين بان يبقيا بدون حركة ويتعارضا بمقاومة لا تقهر فيقوم من ذلك حالة من الاحوال المعيقة للعمل فحينئذ لا يصح في الحقيقة فعل عملية التحويل ولا وضع جفت الولادة والعملية القيصرية التي اوصى بها بعض المؤلفين لا تسمح دائما بتخليص الجنينين بحيث ان فصل رأس الجنين الذي في الخارج عن جذعه هو الواسطة الوحيدة لاسعاف الام واحد جنينيها ومع ذلك عندنا امثلة لنجاح ما يخالف ذلك من الاعمال بل بواسطة البنية وحدها وذكر جراح انه نجح معه وضع جفت الولادة على اول رأس نزل

(المطلب الخامس)

(في التعسر الحاصل من الاوضاع المعيبة)

قد

قدشاهدنافيما سبق ان وجود احد طرفى القطر الرأسى العصعصى للجنين فى المضيق العلوى يكون احد الشروط الاوائل لسهولة الولادة واما الاحوال التى يجيء فيها غير الرأس والحوض فتعد من احوال عسر الولادة ولتضم لذلك الاوضاع الزايغة للرأس والمقعدة وتحصر الكلام هنا فى ثلاث مهمات

(المهم الاول)

(الاوضاع الزايغة للرأس)

يدخل تحت ذلك اوضاع جانبى الرأس واوضاع الاذنين واوضاع الصدغين التى قال بها جملة من المؤلفين وكذا اوضاع القمحدوة اذا كانت توجد حقيقة كما فهم ذلك بودلوك واما اوضاع الجبهة والوجه فانها لما لم تمنع فى الغالب انتهاء الولادة بدون استعانة بالصناعة لم يلزم الكلام عليها هنا

فاوضاع القمحدوة اى الجزء العلوى من القفا نادرة ولا تحصل الا اذا كان الحوض معيبا او حصل للرحم انحراف مقدم واضح جدا فالقمة حينئذ قد تلتفت نحو جزء من اجزاء محيط الحوض بدل ان تجاور مركز المضيق فاذا لم يكف قلب الرحم الى الخلف والزام المرأة باستلقائها على ظهرها اولم يكف فعل البنية وحده لاعادة الوضع الطبيعى ينبغى بواسطة الاصابع او الرافعة واحدى ملعقتى الجفت ان يعلق الجزء العلوى من الجمجمة ويخفض نحو الجزء المركزى للتقعير فبعد ذلك تحصل الولادة كما فى الاحوال الطبيعية

ولما كانت الاوضاع الجانبية للرأس هى اوضاع القمة نفسها غير ان فيها قليل تنوع كان عددها مثل عددها وتعرف بوجود الاذن اوزاوية الفك او الحدبة الجدارية وتميز عن بعضها باعتبار جزء المضيق الذى تلتفت له الحافة الخلفية لصيوان الاذن ولشحمته ومع ذلك هى نادرة وتنتهى فى الغالب بان تتحول بنفسها الى الاوضاع الموافقة للقمة او للكتف

وينبغى بمقتضى ذلك ان تنسب للحركات القوية للرحم حينما يكون اتساع عنقها غير كاف وبعد ذلك اذا دامت ينبغى كما فى اوضاع القمحدوة ان يجرب توصيل القمة الى المركز بمساعدة الاصابع او الرافعة اوفرع من فرعى الجفت او تعمل

عملية القلب اذا كان المنكب هو المتقدم جدا

(المهم الثانى)

(الاوضاع الزايغة للمقعدة)

الحوض كقمة الرأس قد ينحنى كثيرا وقليلا لجهة من الجهات ويتولد من ذلك ما سماه المؤلفون بوضع الحرقفة والعجز ومقدم الفخذين واعضاء التناسل وذلك ينتج احيانا من انحراف الجنين الغير المناسب مع المحور القائم للرحم واحيانا وهو الغالب من الانحرافات الرحمية وهذه الاوضاع الزايغة للمقعدة لا تكون دائما مانعا للولادة الذاتية فانها قد تتحول فى الغالب الى وضع مستقيم بحيث اذا كان سير الطلق منتظما كان من النادر الاحتياج لوسائط الصناعة ومع ذلك لا ينبغى خوفا من العمل بدون لزوم ان تترك هذه العوارض اوهذه الآلام ونفسها مع انه يسهل التحرس منها او تخفيفها بفعل منتظم فمادام القرن غير منفجر ينبغى ان يكتفى بتقريب الرحم حسب الامكان لوضعه الطبيعى سوآء بدفعه باليد لمحور المضيق اوبالزام المرأة بان تلازم الوضع المناسب لها اما اذا انفجر القرن ولم يتسع العنق وان كان رخوا الا يبطئ زائد وكان الم الكابتين شديدا او خشى انحطاط القوى وظهر اى عارض كان لم يلزم المولد ان ينتظر زيادة عن ذلك فيجتهد حينئذ فى ان يصل بالاصابع اوبالرافعة نفسها الى الجزء الزايغ ان كان هو الحرقفة او العجز ويبلغه الى مركز الحوض او يفتش حالا على القدمين او الركبتين

(المهم الثالث)

(اوضاع الجذع)

من المعلوم الذى لا ينكر ان الجذع قد يأتى احيانا للمضيق العلوى بنوع آخر غير المجىء بالرأس او الحوض والممارسون فى جميع الازمنة ذكروا ذلك واثبتوه عندهم بمشاهدات كثيرة لكن من المحقق ان هذا المجىء له اشكال مختلفة متضاعفة ذكرها المتأخرون ونقول اولا انه لا يمكن حصول هذه الاوضاع المستعرضة الحقيقية سواء قبل سيلان السائل الامنيوسى او بعده اذا بلغ

الجنين

الجنين تمام اشهره وكان تام النمو فانه يلزم على ذلك ان تزيد الاقطار الافقية للرحم على القطر العمودى ولا ينافى ذلك بل لو وجدت هذه الهيئة قبل ابتداء الطلق لم يمكن استمرارها مدة انقباضات الرحم لان هذه الانقباضات يلزم ان تقهر رأس الجنين او مقعدته على النزول لجهة عنق الرحم والمؤلفون الذين ذكروا تلك الاوضاع انما كان ذلك منهم على سبيل التخيل وبالجملة فالاوضاع المستعرضة لا وجود لها وما عليك لتأكيد ذلك الا تتبع المشاهدات الكثيرة التى بلغت آلافا عديدة من القابلة لشبيل وغيرها فانه لم يذكر فيها شئ من تلك الاوضاع

وثانيا ان الذى انحط عليه رأى القابلة لشبيل ان اوضاع القسم المقدم والقسم الخلفى لا تحصل اصلا واما اوضاع الجانبين فهى التى توجد فقط عند بعض المسقطين وتمسكت هذه القابلة ايضا بان اوضاع الوجه الظهرى لا بد ان تتحول من تأثير الانقباضات الرحمية الى اوضاع المنكب اذا لم ينته حالها بان تتحول الى بعض اوضاع الرأس او الحوض وان اوضاع الوجه البطنى تستدعى انقلاب القمحدوة والاطراف الحوضية اى الرجلين والسلسلة وذلك لا يتوافق مع حياة الجنين واما ما ذكر من المشاهدات فى بعض المؤلفات دليلا على حصول تلك الاوضاع فغير قوية الدليل لانها عند التأمل تظهر مختلة الاحوال لكن قال المؤلف اما انا فاظن ان الظهر والمسطح المقدم للجنين قد يجيئان للمضيق العلوى وان هذه الاوضاع شوهدت لكن على سبيل الندرة وتختلف قليلا عن اوضاع الجانب بحيث لا تستدعى الا بعض تنوعات قليلة فى الاعمال المخصوصة بتلك الاوضاع الاخيرة

وذكر بودلوك انه ينبغى ان يميز فى السطح الخلفى للجنين القمحدوة والقفا والظهر والقطن والوجه الخلفى للحوض وان كلا من المسطح المقدم والمسطحين الجانبيين يستدعى هذا التقسيم نفسه ولكن لا فائدة فى اتفاقنا على ان الجنين قد يجيء بتلك الاجزاء اذ لا شئ تستدعيه فى الممارسات وانما غايته اتعاب الحافظة وسآمة التلامذة مع ان جودة الذوق ومشاهدات داغمان ولشبيل تثبت ان القفا

لا يمكن حفظه فى المضيق العلوى وانما يبدل حالا بالرأس او المنكب وان اوضاع الحرقفة والقطن تحول يقينا الى وضع مستقيم او منحنى للمقعدة

وزعمت القابلة لشبيل ان الانقباضات الرحمية لا يتأتى معها بقاء مقدم الرقبة فى الفوهة وانها تدفع اليها الوجه بسهولة عظيمة * قال المؤلف وليس عندى ما يضاد ذلك الامشاهدة لدولاموت وربما النعش فى ذلك باللمس كثير من الممارسين ومع ذلك حيث كانت القمحدوة منقلبة جدا الى الخلف يمكن ان تستند الذقن على جزء من اجزاء دائرة الحوض فيقهر الجزء المقدم من الصدر والرقبة على ان يتثبت على الفوهة مع كون المقعدة الحافظة لمجاوراتها الطبيعية للاطراف البطنية باقية فى قعر الرحم وبالجملة فعندنا ما يقوى امكان حصول اوضاع الظهر والوجه المقدم للصدر

واما المجىء بالجوانب فلا شك فى كثرة حصوله لجانبا الرقبة يتكون من كل منهما تقوير عميق بين المنكب والرأس بحيث لا يكون هنالك ممر لاحد هذين الجزئين وجانب الصدر الذى هو اقل استدارة وانزلاقا من رمانة المنكب لا يمكن ان يمنع المنكب عن الدخول فى عنق الرحم والمجىء بالخاصرتين يحدث عنه وضع حرقفى او مقعدى

والاسباب التى ينسب لها فى زمننا هذا تلك الاوضاع المعيبة هى انحراف الرحم او مضيق الحوض والحركات العنيفة الغير المنتظمة للجنين وبعض الاوضاع والهيئات المستطيلة للمرأة

قال بقراط الجنين فى الرحم يشبه زيتونة او سدادة محوية فى زجاجة طويلة العنق ولاجل خروجه من اعضاء التناسل يلزم ان يجىء باحد طرفى قطره الكبير وما عدا ذلك من الاوضاع خطر يصير الولادة غير ممكنة ويستدعى استعانة الصناعة لكن تعقب المؤلفون بعده هذا الرأى فقالوا ان المقابلة التى وضعها بقراط ليست صحيحة الا اذا بقى الجنين فى الوضع الاعتيادى اما فى الاوضاع الاخر فلا يكون الجنين مشابها لشكل بيضاوى ولا لمخروط موضوع بالعرض او بانحراف فما دام الرأس منقلبا الى الجانب او الى الخلف

اوالى الامام والمنكب اوالصدر اوالظهر مائل لان يدخل فى الفوهة كان الباقى من الجذع شاغلا فى الغالب للعمق ايضا وكان مجاور المحور الرحم القائم حينما تحصل الانقباضات التى فيها بعض قوة ولذلك نرى ان الاوضاع المستعرضة الحقيقية تقرب لان تكون غير ممكنة وان الرأس اوالمنكب اوالاليتين تميل دائما لان تتجه نحو قعر الرحم

ثم انه لاشك ان استعمال المولدين مقديكون فى الغالب لازما ضروريا اذا لم يكن الذى جاءهو الرأس ولاالحوض ومن المحقق ايضا ان الطبيعة نفسها فى كثير من الاحوال قد تقهر هذه التعسرات اذا تركت الولادة ونفسها وبنوا ذلك فى الممارسة على فرض ان اوضاع الجذع متى حصلت لم تتغير ابدا مع ان الثابت بالمشاهدة كل يوم هو ان فى مدة الطلق يمكن ان يأتى على التعاقب للفوهة جزآء مختلفة من الجنين وان كانت بعيدة عن بعضها وان اوضاع الظهر اوالمنكب يمكن ان تتحول الى اوضاع الرأس اوالمقعدة وان الاوضاع التى بحسب الظاهر تكون مضرة تتبدل احيانا باوضاع طبيعية اذا كان عند الاطباء المولدين صبر على الانتظار ولم تحصل عوارض تستدعى المبادرة بسرعة التحويل

(المطلب السادس)
(فى التحويل الذاتى)

الحركات التى تحصل بذاتها من الجنين فى تجويف الرحم وسماها دانمان بالتحويل الاختيارى ذكرتها القابلة لشبيل ايضا بذكر خاص وكانت معروفة ايضا عند القدماء لكونهم اشاروا بان تفعل المرأة حينئذ بعض وثبات اوتنوع اوضاعها لاجل ان يصل الرأس للمضيق العلوى وذكرها ايضا معظم المتأخرين فانهم عرفوا ان وضع الجنين الذى لم يزل محويا فى الامنيوس يختلف كثيرا بحيث انه لاجل تعيينه يلزم ان تمزق الاغشية مع الاحتراس على ان يكون ذلك وقت كون الرأس مجاورا لمركز الحوض وحالة هذه الانقلابات وحركتها الميخانيكية لم تزل غير جيدة المعرفة بحيث تستدعى الشرح هنا بايضاح

قال المؤلف واظن انه ينبغي ان يختار تقسيمها الى نوعين احدهما يحتوى على جميع الاحوال التي يغير فيها الجنين وضعه تغييرا حقيقيا ونسميها بالتحويل الذاتي وثانيهما تنسب له الامثلة التي فيها يأتي جزء كان اولا بعيدا ويدخل في المضيق بدون ان يحل محل الجزء الذي كان قبله فيكون الكلام هنا في مهمين

(المهم الاول)
(في التحويل الذاتي اى الذى يحصل بنفسه)

الجنين في هذا النوع الاول يتغير موضعه بالكلية فتارة يصعد الرأس وتنزل الاليتان وتارة بالعكس فتترك الاليتان مجاورة المضيق ويأتي الرأس ليدخل فيه فلذلك كان هناك صنفان احدهما ينسب للرأس ويسمى التحويل الرأسي الذاتي وثانيهما العوض ويسمى التحويل الحوضي وزاد فيكبر على ذلك مجيئا بالقدمين تحول الى وضع الرأس وقد نسب لهذا النوع دائمان ولشبيل الامور الواقعية التي شاهداها ولا يوجد الا في الزمن الاول من الطلق او بعد تمزق الاغشية بقليل

ثم ان هذا النوع كما يحصل غالبا عندما يكون ماء الامنيوس كثيرا او الجنين قليل الحجم او الرحم منحنية جدا او الحوض ردى التكون يشاهد ايضا احيانا فيما يخالف تلك الاحوال بالكلية وهو وان كان اسهل واكثر قبل تمزق القرن الا انه قد يشاهد ايضا بعده فقد اتفق ان امرأة دخلت مارستان مدرسة الطب قبل الزوال بساعتين وكان اتساع العنق لم يزل قليلا فجسها المؤلف فاستشعر بالمنكب الايسر في الوضع الثاني واما مياه القرن فلم تسل الا بعد الزوال بثلاث ساعات وكان مع المؤلف اربعة من مهرة التلامذة اكدوا ايضا ان الجنين جاء بالمنكب واما الاوجاع فلم تكن شديدة القوة ولا شديدة الكثرة ثم في الساعة الثامنة بعد الزوال ذهب المنكب نحو الحفرة الحرقفية اليسرى واحس المؤلف بالاذن مع السهولة في الجهة اليمنى وفي الساعة الحادية عشر صار الصدغ قريبا من مركز الفوهة بل فيها نفسها وزادت قوة الانقباضات وانمحى ثرعنق الرحم بالكلية وفي نصف الليل نزلت قمة الرأس حتى دخل الرأس كله

ومامضى نحو ساعة حتى اندفع الجنين بالوضع المقصود وى الحق الايمن فاذن لا يصح ان يقال كما قال مورسوس ان فى وضع جانب الرأس يستحيل ان ينزل الجنين بذلك

ففى هذه الحالة يظهر ان توضيح التحويل الذاتى سهل وذلك لان الرأس الذى هو الاصلب والاعظم حجما والاكثر انتظاما فى الاستدارة وبموجب يكون هو الاكثر انزلاقا بميل طبيعة لان يتجه نحو احد طرفى القطر الكبير للرحم ونحو خلو الحوض فاذا اتخذ وضعا آخر من اى سبب كان انضغط بالعضو الحاوى له اى الرحم فيرجع بسهولة شيأ فشيأ للمحل الذى يشغله فى الحالة الاعتيادية فاذا انقبضت الرحم وكان الجنين جيد الوضع انضغط من جميع الجهات على حد سوا * اما اذا كان فى وضع زائغ فان طرفيه يتحملان وحدهما جميع القوى العنيفة للانقباضات فلولا المنكب الذى هو بارز بحيث يقف فى المضيق لوصل الرأس او الحوض للفوهة ولاجل التحرس من ذلك يلزم مع انه غير ممكن ان يكون وسط الجنين مجاورا بالضبط لمركز الحوض حتى ان طرفاه لا يكون احدهما اكثر استعدادا من الآخر للانزلاق نحو القعر او فوهة الرحم وايضا فان اختلاف شكل المقعدة عن الرأس يصير هذه الموازنة عسرة الحصول جدا وبمساعدة هذه الحركة الميخانكية التى تترآس فى هذا التحويل توضح ندرة الاوضاع المقدمة والخلفية للجذع وكثرة اوضاع المنكبين

(المهم الثانى)
(فى التحويل الذاتى الحقيقى)

يوجد ايضا للتحويل الحقيقى صنفان متميزان عن بعضهما احدهما للرأس والثانى للحوض

(الصنف الاول)
(فى التحويل الرأسى)

الرأس فى هذا الصنف الاول يكون اولا بعيدا عن الدائرة الحوضية ثم ينزل بدون ان يصعد الجزء الذى دخل اولا او يتزحزح عن موضعه والامثلة التى اشتهرت

فى ذلك صحيحة بحيث تحمل على اختبار عدهذا نوعا متميزا من غيره فان الممارسين بعدان تحققوا ان المنكب اواعلى القص ملأ التقعير ووصل الى الفرج شاهدوا ان الجذبات الحاصلة على الجنين او الحركات العنيفة الحاصلة من المرأة قدمت الرأس حتى نزل شيأ فشيأ من الحوض مبتديا من الرقبة الى القمة مع بقاء الصدر فى التقعير والامثلة من ذلك كثيرة منها مثالان للحكيم فنسبيت لايشك فيهما فينسبان لاوضاع المنكب احدهما شوهد فيه نزول الرأس وخروج الوجه من الامام مع ان القابلة حينئذ كانت تجذب الذراع وثانيهما كانت القابلة لاتعرف عملية التحويل فوصلت الرأس الى الفوهة ولكنها مزقت العجان بفعلها حركات عنيفة على الذراع والطبيب بزبرات اتفق له انه اراد من يدفع المنكب فلم يقدر فبينما اخرج يده شاهد ان الرأس نزل ايضا من تأثير الانقباضات الرحمية وعندنا امثلة شبيهة بذلك فى المجيء بالظهر ايضا وبالقص

(الصنف الثانى)
(فى التحويل الحوضى)

هذا الصنف الذى هو الثانى من صنفى التحويل الذاتى الحقيقى هو الاكثر والاعظم اعتبارا من غيره وهو الذى لايمنع المنكب فيه الثابت فى التقعير بل اوفى الفرج خروج الجنين بالحوض وقد اشتغلوا به كثيرا سيما فى هذه الازمنة الاخيرة لاشتباهه بالتحويل الذاتى وكيفية حصوله هى ماوضحه جلوت واثبت بها ان الرأس والذراعين لايصعدان الى اعلى فى التحويل الذاتى حالة كون الاليتين تنزلان الى اسفل كما ظنوا ذلك وانما الذى ثبت من التدقيق فى المشاهدات والتجريبات على الموتى امور * اولا ان المنكب يبتدأ فى النزول الى الفرج حتى ان جانب الرقبة والوجه العلوى للترقوة او الاخرم يأتيان ليرتكزا على احد جانبى المضيق السفلى * وثانيا ان القفا اومقدم الرقبة مع اعلى الصدر يمكن ان يفعلا مثل ذلك اذا اخرج الذراعان سواء من الامام او من الخلف * وثالثا ان انقباضات الرحم والعضلات المؤثرة حينئذ على الحوض الذى هو الارفع والمتحرك وحده تمنع الرأس عن ان يصعد وانما تقهر الصدر على

ان ينثنى

ان ينثنى وينزل بان ينسطح ويجيء المضيق السفلى ثم للفرج * ورابعا ان الجنين متى كان منثنيا اندفع البطن بهذه الكيفية حتى يصل الى التقعير ثم الى الفرج مدة كون الصدر يأخذ فى الانبساط كلما خرج الى الخارج * وخامسا ان الاليتين التابعتين لتلك الحركة تدخلان ايضا بعد ذلك فى تجويف الحوض باستنادهما على احد التقعيرين الجبيين واتجاههما من اعلى الى اسفل بحركة ارجوحية فى المضيق السفلى وفى الفرج بعد ان يوترا او يضغطا بشدة على جانب العجان المقابل للجانب الذى كان المنكب والرقبة محل ارتكاز

ولاجل معرفة هذه الحركة الميكانكية يكفى ان يتخيل قضيب مرن سهل الانثناء احد طرفيه مثبت على احد جانبى التقعير او المضيقين واما الطرف الآخر فيتكأ عليه بقوة فاذا صار احد طرفيه ثابتا غير متحرك انثنى القضيب ولابد من التأثير القوى الحاصل فى الطرف الآخر فيصل جزؤه المحدب للفرج بحيث ينبسط هناك بالكلية فجذع الجنين وخاصة انثناء سلسلته يحصل فيهما ما حصل فى القضيب فالرأس والمنكب بمنزلة الطرف الثابت والحوض واحدى الحرقفتين هما الطرف الذى يلزم ان يكون محل القوة واما الاجزاء المتوسطة بين ذلك فانها تنبسط وتنفرد وتخرج من الفرج وامثلة الخروج بالاليتين كثيرة وذكر بكورمثالا عظيم الاهتمام وهو ان الجنين نزل منثنيا بالظهر الى التقعير واجتهد غاية الاجتهاد فى عملية التحويل فلم تنفع ولم يتغير الوضع ثم اخذت الانقباضات الرحمية فى الاشتداد حتى انها قدمت الحوض فشوهد خروج الاليتين والفخذين على التوالى فهذا يدل ايضا على شئ آخر وهو ان المجيء بالمنكب ليس هو الذى يحصل فيه وحده التحويل الذاتى وهذا النوع من التحويل لاشك انه فى الغالب يصحبه موت الجنين وان الرخاوة الرمية وقابلية الانثناء التابعة لانقطاع الحياة فى جميع الاعضاء تعين على حصول هذا النوع واما دعوى بلوندبل ان موت الجنين يلزم ان يكون مبدأ لهذه الظاهرة لانتيجة لها فباطلة وكذلك زعم بوش ان التحويل الذاتى لا يحصل الا بعد تمزق الاغشية وموت الجنين

(خاتمة)

(فى اختصار اوضاع الجذع والعلاج اللازم لذلك)

نتج لنا مما سبق ومن المشاهدات الكثيرة اولا ان جميع اوضاع الجذع الغير القابلة لان تنسب لاوضاع المنكب او الظهر او الجزء المقدم من الصدر ينبغى ان تدخل فى الاوضاع المنحرفة للمقعدة او الرأس * ثانيا ان المجىء بالمنكب ربما كان وحده هو الذى يستدعى انتباها مخصوصا نظرا لكون الطبيعة تحولنا اليه معظم الاوضاع الاخر * ثالثا ان الطفل لا يكون وضعه فى الرحم تام الاستعراض اذ ربما يجرى تحول اقبح الاوضاع الى احسنها * رابعا ان هنالك احوالا كثيرة لا يلزم فيها الاستعانة بالصناعة مع ان الجنين لم يأت فيها باحد طرفى قطره الكبير

والطرق العلاجية اللازمة اذا كان هنالك وضع معيب تختلف باختلاف الاحوال فاذا لم تسل المياه لم يفعل شئ وانما ينتظر اتساع عنق الرحم فان كانت الرحم منحرفة اجتهد فى ان يعطى لها اتجاهها الطبيعى فاذا برز الرأس على التقوير الخثلى للحوض اجتهد فى دفعه فى المضيق الى اعلى ومتى كان الجنين متحركا كفاية بحيث كان الرأس او المنكب او جزء آخر يأتى للفوهة طورا فطورا كان المناسب تمزيق الاغشية حيثما يؤكد ان الرأس هو الذى وصل الى اعلى المضيق

لكن اذا صار اتساع العنق كافيا وتمزق القرن اى جيب المياه او قرب التمزق كان من المهم ان يجزم اما بتوجيه اليد للرحم اذا كان ذلك مناسبا او بعدم فعل ذلك * قال دانمان ويمكن ان يستغنى عن ذلك فى كثير من الاحوال نظرا لكون الغالب ان الرحم يفعل التحويل الذاتى وان الجنين اذا جاء يقينا منثنيا لم يكن خروجه بسبب ذلك تام الاستحالة وقال اطباء فرانسا بعكس ذلك اى انه يلزم فى جميع الاحوال توجيه اليد حالا لانه كلما طال التأنى زاد انقباض الرحم وتضايقه وعسر ادخال اليد وفعل عملية التحويل ولو تبعنا ما قاله دانمان لرأينا ان كثيرا من النساء يهلكن بالتأنى ويسعفن اذا وجهنا اليد لهن حالا

ولذلك لاموا على هذا المؤلف فى بلاد الانقليز بسبب اختياره هذا الرأى ثم ان التحويل الذاتى وان كان كثيرا من النساء قد يضعن مع وجوده الا ان الاوفق للعقل والرأفة البشرية ان تعمل عملية التحويل او وضع جفت الولادة ويستثنى من ذلك الاحوال التى لم يدخل فيها المنكب بالفعل والتى تكون القسمة او الحوض قريبة الفوهة قربا كافيا بحيث يؤمل فى حصول تحول جيد والتى يكون فيها ادخال اليد عسرا بحيث ان التأنى لا يعرض لتعسرات جديدة والتى يمنع فيها انخفاض الاجزاء وصول اليد الى الرحم ولنزد على ذلك ان الاحسن فى هذه الحالة الاخيرة ان يجذب الجنين من الابطين او الذراعين الخارجين كما فعل ذلك فشيت او يمر بحزام حول الجذع المنفى من الجنين لتساعد الحركة الحاصلة فى الحوض بالافعال العنيفة الصادرة من المرأة فان ذلك كله اولى من ان يفتش على القدمين

(الباب الثالث)

(فى عمليات الولادة)

(القسم الاول)

(فى عملية التحويل)

التحويل فى علم الولادة هو ادارة الجنين باليد ليصل احد طرفى قطره العظيم للمضيق العلوى ولهذه العملية نوعان احدهما قهر الرأس على النزول اولا وثانيهما قهر القدمين على ذلك

(نبذة تاريخية)

ذكر بقراط بعض شئ فى التحويل بالرأس وسلسوس قال انه ينبغى فى جذب القدمين اذا تعسر مسك الرأس لكنه لم يتجاسر على ممارسة ذلك الا فيما اذا كان الجنين ميتا واما الذى مارس ذلك من المتقدمين فى الاجنة الاحياء فهو ايتيوس وبولد يجين وبقى شرح ذلك مختصرا الى زمن جلوس الذى شرح عملية التحويل شرحا مناسبا كافيا واما قبله فكانت الاطباء الذين لم يختاروا عملية التحويل بالقدمين يقطعون الجنين قطعا فى باطن الام بعد موته

او ينزعونه بالكلاليب اونحوهما من الآلات متى تعسر عليهم مجيئه بالرأس وفى ذلك الزمن لم يكن هناك ذكر للتحويل بالقدمين الا لاجل علاج الاوضاع المعيبة واوضاع الجذع واما فى زمن جالوس ومن بعده فاشاروا فى الحالة التى يكون فيها المجيء بالرأس مصاحبا لعوارض بان يعمل تحويل تام وتكمل الولادة بالقدمين وكذلك كان فيابوديل يعرف ان فى جميع الاوضاع المعيبة ينبغى التفتيش على القدمين لانه قال فى المجيء بالذراع ينبغى ان يمسك الجنين من قدميه وكان ذلك عادة لهم ومورسوس كان يرى ذلك ايضا اى فى جميع الاوضاع المعيبة ولم يزل من جاء بعده مستعملا التحويل بالقدمين الى ديونس ودولاموت حتى كادان ينسى التحويل بالرأس ولما جاء سنجرمان كان من المتعصبين للتحويل بالرأس فقال اذا جاء الجنين بالقدمين او الوجه او المنكب او الاليتين او الظهر او الجانب ينبغى ان يجتهد حتى يأتى بالرأس اما بان يدفع الجزء الذى جاء بدله او تجذب الاجزآء التى صعدت او بان تفعل المرأة وثبات وتضع نفسها فى هيئات اخر ولاجل ان تظهر المنافع والمضار لكل من هاتين العمليتين نذكر اولا الاحترامات اللازمة لهما عموما فى فصول ومباحث

(الفصل الاول)

(فى التحويل عموما)

اذا علم الاضطرار لاستعمال اليد لاجل تغيير وضع الجنين او مساعدة اندفاعه ينبغى ان يتكلم فى ذلك مع اقارب المرأة واصحابها ويخبرهم بالاخطار المعرض لها الجنين واما المرأة نفسها فالذى يخصها هو ان يجعل عندها استشعار بمنافع العملية وبالاخطار التى تحصل لها من التعويق او من عدم فعل تلك العملية لها لكن من المهم دوامها على جهلها بالاخطار المعرض لها طفلها وبالآلام المعرضة هى لها فاذا روعيت تلك الاحترامات يشتغل حالا لاجل العمل باختيار الوضع المناسب للمرأة وللطبيب المولد ثم بشكل الجنين الذى جاء به ثم بوضع اليد التى يختاراه حالها ولذلك كان الكلام هنا فى مباحث

(المبحث الاول)
(فى وقت ممارسة العمل)

يصح الانتظار مادام الجيب المائى باقيا برمته وعنق الرحم غير متسع فاذا كان عسر الولادة ناشئا من الوضع المعيب للجنين والمرأة معرضة للاخطار كفى للعملية كون العنق مرتخيا وقابلا للتمدد وفى جميع الاحوال متى انفجرت الاغشية ينبغى الممارسة فى العمل حالا وعدم ضياع الزمن ومع ذلك اذا بقيت الرحم من مدة طويلة منقبضة وكان هناك تهيج عظيم وحرارة وحمى او بعض علامات التهابية ينبغى ان تقاوم اولا هذه الاعراض المتقدمة بالفصد والاستحمامات والمسكنات ومرهم البلادونا ونحو ذلك على حسب الاحوال اما اذا اريد قهر الموانع على مقتضى رأى مجر يبر فان المرأة تعرض بذلك لاخطار كثيرة وسيما تمزق المهبل او الرحم كما حصل ذلك لهذا الطبيب نفسه فى امرأة بحث فيها معه مؤلفنا وماتت من ذلك والحقن المخدرة من خلاصة البلادونا او الافيون او رؤس الخشخاش تعد من الوسائط التى ينبغى تجربتها وسيرجع الكلام معنا على تلك الاستحضارات عندما نتكلم على المجيء بالذراع وبالاختصار فالوقت الاليق لممارسة عملية التحويل هو ان يكون الجيب المائى جيد التكون كاملا والعنق تام الاتساع فهذا هو الوقت المختار متى امكن العمل ولم يكن هناك ما يعارضه

(المبحث الثانى)
(فى وضع المرأة فى عملية التحويل)

اذا لم يضطر فى الوضع الزائغ للرأس او المقعدة الا لايصال القمة او الاليتين لمركز الفتحة صح ان تترك المرأة على سريرها الاعتيادى او على الهيئة التى كانت عليها مدة الاوجاع على سرير الطلق اما اذا لزم التفتيش على القدمين او على الرأس اعلى المضيق العلوى فانه يلزم لها هيئة اخرى لكن الشيء المهم بالنظر لذلك هو ان يكون الفرج والعجان خالصين بالكلية وان لا يكون حول الحوض ما يتعب حركات الطبيب المولد وان لا تحتاج العضلات لان تتوتر بتحمل

اجزاء اخر من الجسم
فكثير من المتقدمين وكذا الوفريت ايضا كانوا يضعون المرأة على جانبها او على بطنها اذا ارادوا توصيل القدمين الى الامام وعلى رأى سلسوس ينبغى وضعها على الظهر مستعرضة على السرير وينتظر انفتاح الرحم فيدخل اصبع ثم اصبع آخر ثم بقية اليد ويوصل الرأس او القدمان الى الفوهة فاذا جاء من الجنين الميت يده ينبغى ان يوصل الرأس فان جاءت رجله يجذب الجنين بها ثم يدخل كلاب فى فمه او عينه او اذنه او يوضع على جبهته ويجذب الكل ولا ينبغى جذبه اذا لم تنفتح الرحم فاذا كان الجنين موضوعا بالعرض ولم يمكن تعديله واستقامته ينبغى ان يثبت كلاب فى ابطه ثم يجذب فالرقبة تنثنى حينئذ والرأس يتجه الى الخلف فتقطع الرقبة ليستخرج جزء بعد آخر فاذا لم يكن الا رجل واحدة قطع كل جزء خرج فان كان الجانى هو الاليتان ينبغى دفعهما والتفتيش على القدمين

وعلى حسب قواعد الجراحين الانقليزيين توضع المرأة على الجانب وعلى حافة سريرها او قائمته او على ركبتى شخص قوى كما فعل ذلك احيانا دولاموت او على ركبتيها ومرفقيها كما فعل ذلك فى ازلنده غيران الاحسن وضعها على كرسى او طاولة او دكة مثبتة عليها مرتبة جلوس خوفا من البرد وبالاختصار ينبغى ان تكون هيئة وضعها مشابهة لهيئة وضع مريض تعمل له عملية الحصاة من تحت العانة

واما فى مارستان الولادة بباريس وكذا فى مارستان استرسبرغ فيستعمل كرسى الولادة المستند احيانا احد جانبيه على حائط اذا لم يستعمل كرسى اعتيادى ضيق مرتفع فاذا احتيج لفعل عملية التحو بل تجلس المرأة عليه بالعرض وتوضع الوسائد تحت رأسها او صدرها وفى جهة الحائط ويسند عجزها على الحافة السائبة للسرير ويعين مساعدان يقفان فى الجهة الوحشية لرجليها ليحفظا تباعدهما عن بعضهما وليثنيا الساقين على الفخذين ومساعد ثالث يجهز للطبيب جميع ما يطلبه مدة العملية ويصح ايضا ان يعين مساعدون

لتثبيت الحوض ومعارضة الحركات الاضطرارية التى لا تقدر المرأة على قهرها لشدة الآلام التى تكابدها وبما لم يحتج لذلك اذا كان عند المرأة جسارة وشجاعة فتثبت رجلاها على كرسيين او طاولتين صغيرتين ولا يحتاج حينئذ المساعدين واذا احتيج اليهم فليجتهد فى ان تكون حركاتهم سهلة مطلقة واما علو السرير عن الارض فليس له حد محدود وانما يلزم ان يكون مناسبا لوضع الطبيب المولد ولدرجة انحنائه بمحاور المضيقين وبالجملة فكلما كان ارفع كان اسهل وزعم اولوية محاذاته لسرة الطبيب ممنوع لانه يكون حينئذ اسفل عن ما يلزم اذا كان المراد عملية تحويل تام

(المبحث الثالث)

(فى وضع الطبيب المولد فى عملية التحويل)

اذا كان السرير منخفضا اى موضوعا على مسطح الارض صح ان يجلس الطبيب او يجثو على ركبتيه لكن الوضع العمودى هو الاحسن بلا نزاع وينبغى اختياره اذا لزم الاستعمال قوة وبذلك قال لوفريت ينبغى ان يكون المولد قائما وساقاه متباعدين بزاوية خمس واربعين درجة واحدى قدميه الى الامام والاخرى الى الخلف وسلسلته مقوسة ويستند بيده الغير العاملة على سطح صلب واحسن من ذلك ما قاله دولاموت ليس فى الولادة المخالفة للطبيعة وضع خاص للمولد وانما يضع نفسه كما يشاء انتهى وينبغى ان ينزع جبته العليا ويشمر اكمامه ويلبس فوطة فى وسطه لتكون حركاته خفيفة وقبل ان يبتدأ العملية يجهز خرقة توضع تحت قدميه او ركبتيه وفوطا يمسح بها يديه وذراعيه كلما تلوثت وماء فاترا وماء كلونيا وخلا وقليلا من نبيذ جيد خوفا من غشى يعرض للمرأة وينبغى ايضا ان تعلم حالة الجنين ووضعه وتعين اليد التى تدخل فى المرأة ومن عادة المسيحيين ان يحضروا ايضا شيأ من ماء المعمودية ليسنوا الجنين به بعد ولادته

(المبحث الرابع)

(فى تعيين وضع الجنين فى عملية التحويل)

وقد تقدمت صفات اوضاع الرأس والقدمين والركبتين والمقعدة فى مبحث الولادة السهلة فلا نشتغل هنا الا باوضاع الجذع فقط فيعرف المجيء بالمنكب سواء كان خالصا او ماتلا اذا لم يخرج معه الذراع بالشكل المستدير للورم الذى فى الفوهة وبوجود الترقوة والاضلاع والكتف واحد جانبى الرقبة وقد اشاروا بادخال اليد كلها فى المهبل فى هذه الحالة كحالة وضع الجذع ايضا وجميع الاحوال التى يهتم فيها قبل كل شيء بمعرفة الوضع الحقيقى للجنين فاذا كان الخارج اولا ذراع فذلك كما يدل على ان المنكب فى المضيق العلوى يفهم منه ايضا جانب الحوض الذى التفت اليه القحف او الوجه فالابهام من تلك الذراع هو الذى يوافق طرف الرأس واما راحة الكف فتجاور المسطح البطنى مع ان من المهم ان يعرف ان اليد والذراع جميعا يدل ان يكونا منبسطتين او منكبتين قليلا يصح ان يكونا ملويتين لجهة اخرى وخصوصا كونهما منكبتين انكبابا قويا بحيث ان المناسب قبل ان يجزم بشيء ان تزلق بعض اصابع فى المهبل على طول الحافة الزندية للذراع الى الابط حتى يؤكد وضعه النسبى فاذا وقف الظاهر فى مركز المضيق كفى للدلالة عليه صف النتوات الشوكية الخرزية والاضلاع والذى يدل على وجود الرأس فى جهة ما هو غيبوبة الاضلاع فى القسم القطنى او الحرقفتين من جانب والكتفين او الجزء الخلفى من العنق من جانب آخر والذى يدل على مجيء الوجه المقدم للصدر هو القص والاضلاع والترقوتين حيث يمكن ان يستشعر اعلاهما بمقدم الرقبة

فاذا كان عنق الرحم متسعا جدا او تمزقت الاغشية ولم يكن الجزء النازل زائد الارتفاع فى الحوض ولم يمض له زمن يتورم فيه او يتشوه من تأثير الانقباضات الرحمية سهل تمييز الاوضاع المختلفة للجذع عن بعضها او اقله ان لا تشتبه باوضاع الرأس او الحوض وفى بعض الاحوال قد يحصل اشتباه بل الغالب انه لا يمكن التشخيص الصحيح قبل ادخال اليد فى الرحم

(المبحث الخامس)

(فى اختيار اليد لعملية التحويل)

اذا لم يتمزق

اذا لم تمزق الجيب المائى ولم يزل الجنين متحركا تحركا عظيما اختير لممارسة العمل اليد التى يسهل استخدامها اى التى توصل فى العادة للاوضاع الاقل ضررا فاذا لم يمكن معرفة وضع الجنين اوشك فيه سوآء تمزقت الاغشية ام لا روعى ذلك ايضا او توجه اليد التى تستعمل فى الاوضاع الكثيرة الحصول فاذا حصل مع ذلك شدة تعسر بعد وصولها الى الرحم كان الاحسن اخراجها وتوجيه اليد الاخرى

فاذا تعين المجىء وعرف عرفت اليد التى يسهل استعمالها حينئذ لما ان ذلك يختلف باختلاف نوع العمل الذى يمارس ويعمل ففى الاوضاع المنحرفة للرأس والمقعدة التى لا تستدعى الاستخراج بالقدمين ينبغى ان تختار اليد اليسرى متى كان الجزء الزائغ موافقا اى مجاور الجزء من اجزاء النصف الايمن للعوض وتختار اليد اليمنى فى الانحرافات المقابلة لذلك ويختار ايهما بدون فرق اذا كان الميل باستقامة الى الخلف او الى الامام وتراعى تلك القواعد فى التحويل الرأسى

واما فى اوضاع القدمين او الركبتين او الاليتين فانه اذا اتجه المسطح الخلفى من الجنين للجانب الايسر من المضيق سهل العمل باليد اليسرى واما الاوضاع المخالفة لذلك فتستدعى اليد اليمنى وان كان كثيرا ما يصح العمل بعكس ذلك فاذا جاء القحف اولا ولزم التفتيش على القدمين كان الانسب استعمال اليد اليسرى فى الاوضاع القمحدوية الحرقفية اليسرى واما اليد اليمنى فلا تنفع فى الحقيقة الا فى الاوضاع المقابلة لذلك لكن من حيث انها هى المستعملة فى القدمين وانها تمارس ايضا اسهل من اختها فى الاوضاع المتوسطة يكون المناسب اختيارها فى جميع الاوضاع اليمنى والمقدمة الخلفية ويصح ان يقال فى المجىء بالمنكب كقاعدة كلية ان الجانب الايسر يستدعى اليد اليسرى وان اليد اليمنى ينبغى ان تمارس العمل فى اوضاع المنكب الايمن وتستخدم اليد اليمنى فى المجىء بالقص او الظهر اذا لم يكن الرأس ملتفتا الى الجهة اليسرى وتستخدم اليسرى فى الاحوال المقابلة لذلك وهذه القواعد العامة بسيطة

وسهولة الاستعمال فى جميع الاحوال فاحذر مما وقع به هنا كثير من المؤلفين فى اختيارهم غير ذلك مما لا حاجة لنا بمناقضته والله يرشدنا للصواب

فاذا اختيرت اليد ينبغى لاجل ان يعان انزلاقها فى المهبل بحيث يصير ادخالها اقل ايلاما وتحفظ من اكتسابها الامراض المعدية ان تدهن بجسم شحمى اولعابى فيصح ان تغمس فى الزيت اوفى جسم لزج اوتطلى بالزبد اوالشحم اوبياض البيض ولا بأس ايضا عند استعمال اى جوهركان من تلك الجواهر ان تتبع وصية ريدريروهى ان لا يدهن الا الوجه الظهرى للاصابع واليد التى يلزم ان تمارس وحدها احتكاك اجزاء المرأة نظرا الى ان الوجه الآخر يلامس الاعضاء التى هى قبل ذلك زائدة الانزلاق وينبغى ايضا دهن الساعد الى اعلاه فاذا كان جزء الجنين الذى يفعل فيه الجذب على الفرج وفى عمق قليل من المهبل كان هذا الاحتراس ضارا لا نافعا وانما ينبغى حينئذ وضع اليد جافة ومن المهم ايضا كون الاظافر مقصوصة اى قصيرة مستديرة حتى لا تجرح الرحم وان ينزع ما يكون فى الاصابع من خواتم وحلقات خوفا من ان تتعب العملية اوالرحم اوالجنين

(الفصل الثانى)

(فى التحويل الرأسى اى التحويل بالرأس)

(المبحث الاول)

(فى نبذة تاريخية)

قد دخل سابقا فى عقول الاطباء ان اوضاع الرأس هى التى وحدها تكون معها الولادة جيدة فلذلك كانوا يجتهدون فى ايصال الجنين بالرأس اذا اتى بغيره ويتبعون فى ذلك رأى بقراط فيفتشون على الرأس سواء جاء الجنين بوضع من اوضاع المنكب اوبجزء آخر من اجزاء الجذع اوجاء بوضع من اوضاع المقعدة اوالركبتين اوالقدمين ويعدون الولادة بتلك الاوضاع خطرة جدا واما سلسوس فقال ان الولادة بالقدمين ممكنة ولم يزل معروفا فى زمنه ان التحويل بالرأس هو الاكد والاكثر استعمالا الى زمن فرنكوس

وباريه قال رديون اذا جاءت رجل واحدة ينبغى دفعها الى الباطن ثم تنام المرأة منكسة رأسها الى الخلف وتنقلب وتفعل اهتزازات عنيفة حتى يصير رأس الجنين الى الاسفل فاذا جاء الجنين بركبتيه ينبغى توصيل القدمين ومثل ذلك ايضا اذا جاء بالاليتين وان كان الاحسن الاجتهاد حتى يأتى بالرأس انتهى ثم من زمن جلوس أخذ هذا التحويل فى الاهمال والهجر حتى صار مؤلفو الفرنساويين لا يذكرونه الا لاجل ان يغيبوه وبالجملة كان لا يوجد احد بباريس يرى مخروم استعماله حتى ان القابلة لشبيل نازعت فى امكانه والذى منع الممارسين من تعاطيه حتى فى الاحوال الجيدة عسر ممارسته وقلة مسك اليد للقحف عند تفتيشها على الرأس وعدم امكان ايصال ذلك الرأس للمضيق متى كانت الرحم منقبضة قليلا على الجنين وقالوا متى عمل التحويل لم يمكن ان تساعد اليد على الولادة وانما يترك الوضع حينئذ لمساعدة الطبيعة اذا لم يضطر لجفت الولادة واما اذا وقع العمل على القدمين فانه يسهل استخراج الجنين بدون احتياج لآلة اخرى غير اليد التى فتشت عليهما * قال المؤلف ونجيب عن ذلك بانه اولا لا يعسر دائما مسك الرأس فى الرحم وان يفعل فيها اعمال وحركات قوية وثانيا اذا لم تسل المياه من مدة طويلة توصل غالبا بدون مشقة الى مسك القمة وايصالها لمركز الفوهة مهما كان بعدها عنها وثالثا ان الغالب ان تشبث اليد بالرأس فى هذه العملية يقل الاهتمام به وانما الاكثر اهتماما هو تنزيله الى الاسفل بدفع الجزء الذى دخل بدله فى الفتحة ورابعا ان الولادة بالحوض يكون الطفل فيها معرضا للخطر واما الولادة بالقمة ولو مع جفت الولادة فهى اقل خطرا واما اختيار التحويل بالقدمين عند مؤلفى القرن السابع عشر والنصف الاول من الثامن عشر فذلك لانهم كانوا لا يعرفون جفت الولادة فكان التحويل الرأسى عندهم واسطة غير تامة واما بعد ان كشف لوفريت هذا الجفت فالامر سهل فمتى وصل الرأس الى الفوهة لم يكن هنا شئ يمنع اخراج الولد بهذا الجفت اذا استدعاه الحال كما يفعل ذلك باليد فى التحويل بالقدمين وقال سميلى انه يلتجأ للتحويل الرأسى اذا لم تكن

الرحم زائدة الانقباض وفعل لاجل الاوضاع المعيبة للرأس وقال مورسوس اذا جاء الجنين بجانب الرقبة ينبغى توصيل الرأس اودفع المنكب وبالجملة فالتحويل بالرأس مأموربه متى كان الرأس قريبا للعنق واسهل مسكا من القدمين

(المبحث الثانى)
(فى اعتبار التحويل الرأسى)

قد علمت مما تقدم ان التحويل الرأسى مختار ومقبول الآن فهو يناسب اولا اذا كان الحوض جيد التكون ولم يعرض عارض آخر يصاحب الوضع المعيب للجنين وكان الرأس موجودا حول المضيق بوضع مائل وثانيا فى المجيء بالمنكب او الظهر او الجزء المقدم للصدر اذا لم تخرج الذراع نفسها ولم تكن الرحم منقبضة جدا وبالاختصار يظهر ان من العقل تجربته متى كانت القدمات ابعد عن المضيق من قمة الرأس وكان يظهر ان الولادة تنتهى من نفسها بعد ذلك لكن اذا لم ينفع ذلك التحويل الرأسى لم يكن هناك ما يمنع التفتيش على القدمين حيث سهل وجدانهما فاذا ظهر ان الرأس مستعد للنزول فتش عليه والا لم يكن هناك الا توجيه اليد بدون واسطة نحو القدمين * قال المؤلف ومع ذلك لا اظن ان هذا التحويل توجد فيه جميع المنافع التى نسبها له جلوت ولا انه يلزم تفضيله فى الاوضاع المنحرفة للحوض ولا فيما اذا جاءت المقعدة كلها او اختار فلامان انه يفضل فى جميع الاحوال حتى اذا كان هناك عوارض من جهة الام حينئذ وربما حصل منه نفع اذا كان الجنين متحركا جدا فى الرحم لكنى اشك فى جوازه اذا سالت المياه وكانت الرحم منقبضة جدا وبالجملة فالتحويل الرأسى بالنظر للدلالات السابقة يكون فى الحقيقة عملية مهمة والبراهين التى ذكروها سابقا بديوان الاطباء لنفيه لا تعارضه قط نعم الشبه بين المجيء الطبيعى بالرأس والتحويل الرأسى ليس تاما فان جزأ من السائل الامنيوسى يبقى فى الحالة الاولى الى الآخر حول الجنين كحافظ له من الافعال العنيفة للرحم واما تغيير موضع الرأس باليد فى الحالة الثانية فانه بسبب سيلان مياه

الامنيوس

الامنيوس كلها لكن ذلك فيه منفعة لاخطر فانه كلما كان الباقى من مياه الامنيوس فى الرحم اقل كان خروج الجنين اسرع فاذا وصل الرأس الى محله فى المضيق العلوى حصل احد شيئين احدهما ان الرحم ينقطع انقباضها ويحصل سكون مدة بعض ساعات فالطفل حينئذ يكاد ان لا يحصل فيه انضغاط فلا يحصل له خطر من ذلك وثانيهما ان الطلق يبقى على سيره بل قد تزيد شدته وفى هذه الحالة حيثما كان الرأس موضوعا وضعا جيدا لم يلبث قليلا حتى يخرج من القناة الحوضية فاذا خيف حينئذ من بعض العوارض كبعض تضايق فى الحوض يتخلص من ذلك بوضع جفت الولادة

فان قيل انه لم يمت فى التحويل بالقصد من الام أ ناث من احدى وعشرين فى بيت الولادة بباريس تقول قد ثبت فى الممارسات اليومية وفى جملة محال معدة لذلك ان هذه العملية كثيرة الخطر جدا فقد ذكر ريسك انه فى ١٢٠٣ فقد من النساء ٣٠٠ ومن الاجنة ١٦٧٥ وذكر استين موت ٣٣ جنينا من ٦٦ واوزيندير ٤١ من ٦٨ والمؤلف ١٥ من ٨٠ فاذن يكون التحويل الرأسى احسن حالا منه لان بوش لم يذكر الا ميتا واحدا من خمسة عشر وويبك ذكر واحدا من ستة عشر

(المبحث الثالث)

(فى كيفية عمل التحويل الرأسى)

قال بوش التحويل بالرأس يعمل بكيفيتين احداهما بدفع الجزء الذى دخل او مال لان يدخل حتى ان الرحم بانقباضه ينزل الجمجمة وثانيتهما ان يمسك الرأس نفسه ليجذب من المضيق فالمرأة تضع نفسها كما ذكرنا سابقا ثم يدخل الطبيب يده اليسرى اذا كان الرأس مائلا الى اليمين ويده اليمنى فى الاوضاع المقابلة لذلك واحداهما بدون فرق اذا كانت القسمة منقلبة الى الامام او الى الخلف باستقامة فيدفع بها الجزء الذى دخل بدل الرأس ويجتهد فى تبعيده عن المضيق وتوجيهه الى الحفرة الحرقفية المقابلة للحفرة المشغولة بالقمة فبهذه الكيفية تكون الرحم فى حالة بحيث يتجه فعلها الى الجمجمة فتصل الى مركز

الحوض ثم بعد ان يرفع المنكب اذا لم ينزل الرأس تفتش اليد عليه وتقبضه
بجميع اصابعها وتجذبه كما يجذب بكلاب واليد الاخرى عند ذلك تمسك الخلة
ويلزم مع ذلك ان يقهر الرأس على ان يأخذ احسن الاوضاع المقصودة المقدمة
والقدماء كانوا يعرفون جيدا هذه الحركة الميخانكية وسيما العرب كأبي القاسم
الزهراوي فانه اخترع آلة دافعة لاجل رفع الجذع حينما يجذب الرأس باليد
الاخرى ومتى وصل الرأس الى مركز دائرة الحوض ترك ونفسه ولم تستدع
الولادة بعد ذلك استعانة اذا لم يكن هنالك عارض آخر فان حصل تعويق
استعمل الجفت بدل اليد
الاعمال اليدية من الظاهر * ذكر الطبيب ويجنه في التحويل الرأسي انه كثيرا
ما تعمل عملية التحويل بدون ان توجه اليد في باطن اعضاء التناسل فقال
يمكن توصيل الرأس للمضيق العلوي بفعل حركات في الرحم من فوق جدران
البطن ويساعد ذلك وضع المرأة * قال المؤلف وقبل ان اعرف رأي هذا المعلم
النمساوي تبعت هذه الوصية فعرفت انه قد يوصل الى ان يعطى بذلك للقمة
وضعها الطبيعي واستعملتها بعد ذلك مرتين مع نجاح قبل انفجار القرن
لكن لا ارى ان هذا العمل واسطة عظيمة اذا سالت المياه من زمن طويل وكانت
الرحم منزنقة على الجنين فالناجح حينئذ تغيير وضع المرأة كما كان يفعل ذلك
في زمن بقراط ويطبع فيها بعض اهتزازات واضطرابات وورود يون مال لذلك
ايضا فاشار في تحويل الجنين بان يدفع جانب البطن او تقلب المرأة على بطنها
ومثل ذلك ايضا ما امر به سنير وهو ان تضغط الرحم وتدحرج المرأة وتؤخذ
من اقدامها النهز وتخض وكذلك التكبيس المستعمل عند العامة في بلاد
الموسقوب وفي بلادنا وقد وصل ايضا بوشنن الى تغيير وضع الذراع بان اجلس
المرأة على ركبتيها قبل سيلان المياه وهذه ايضا واسطة لا ينبغي اهمالها
في بعض الاحوال سيما وقد نسب لها الطبيب ريك امثلة كثيرة جديدة ناجحة

(الفصل الثالث)

(في التحويل القدمي او التحويل بالقدمين)

كان هذا التحويل معروفا عند القدماء ومستعملا قليلا فقد قال ايتيوس اذا كان الرأس كبيرا جدا ينبغى دفعه الى الداخل والوصول الى القدمين وموسكيون فى اوضاع الظهر وصل ماهواقرب للفوهة سواء الرأس اوالقدمان وذكر ابن سينا فيما اذا تعذر توصيل الرأس فى الاوضاع المخالفة للطبيعة انه يفتش على القدمين

كيفية العملية * هذا العمل مكون من ثلاثة اشياء رئيسة تعمل فى ثلاثة ازمان الاول ادخال اليد الثانى تغيير وضع الجنين الثالث اعانة اندفاع الجنين وهذه الازمنة الثلاثة لاتوجد مجتمعة فى التحويل الرأسى فان عمل اليد لايعين على شئ اذا وضع الرأس نفسه ثانيا وضعا مناسبا فى المضيق العلوى وايضا فان الحركة الميخانيكية فى بعض اوضاع القدمين قد ترجع الى فعل واحد وهو الاستخراج لكن ذلك انما هو مجرد استخراج لاعملية تحويل

(المبحث الاول)

(فى ادخال اليد فى التحويل القدمى)

اشار كثير من المؤلفين بادخال اليد فى المهبل حتى عند الانقباض الشديد الرحمى وقالوا ان الوجع الحاصل من العملية يختلط مع وجع الانقباض والمرأة لاتميزهما عن بعضهما فالمهبل حينئذ يتسع ويقصر فى آن واحد بسبب الانخفاض الرحمى للرحم التى تقرب لان تأتى بنفسها امام اليد * قال المؤلف وهذه الدعوى يمكن ان تكون صحيحة بالنظر للعلم النظرى اما بالنظر للعمل فلا توافق الاصول المستنتجة فالذى نراه وفاقا لدبزموس ان اليد انما يناسب فى الاكثر دخولها الفرج فى فترات الاوجاع ومهما كان فينبغى ان تقرب الاصابع لبعضها وتدخل اولا مسطحة فى اتجاه القطر الكبير للفرج ثم تضم مع بعضها بحيث تكون هيئة سطحها الراحى كميزاب يسكن فيه الابهام ويتكون من جميع ذلك مخروط مستطيل قاعدته نحو المفاصل المشطية السلامية فاليد بذلك تصل للتجويف المهبلى تابعة لاتجاه محور المضيق السفلى

ويلزم للنفوذ من عنق الرحم ان يختار الزمن الذى لا يكون فيه انقباض

وهذا امر متفق عليه والا لم يمكن الدخول للرحم وتعرض الفتحة حينئذ للتمزق والمرأة لاخطار كثيرة فاذا كان اتساع العنق عظيما جدا ينبغي ان تفرق الاصابع التي كانت اولا منضمة حتى تتوافق مع شكل الجزء الذي في مركزها وتتزلق انزلاقا مناسبا بينه وبين جدران الرحم اما اذا كان العنق ضيقا فانه يدخل احداها بعد الاخرى حتى يتكون من انضمامها بعضها لبعض مخروط ثم يدفع بها الجزء بلطف مع الاحتراس على ايقاف ذلك في كل وجع ويكون التأثير دائما في اتجاه محور المضيق العلوي وهذا الوقت خصوصا هو الذي يستدعي غاية اللطف والخفة في الحركات والافعال وان الاحسن احيانا لاتساع العنق ان تبعد بلطف تدريجا قاعدة الاصابع او الجزء الذي دخل في القوهة من المخروط واما اليد الاخرى التي بقيت في الخارج مدة هذا العمل فيلزم ان توضع على الخثلة لتحفظ الرحم وتميلها الى الخلف اذا كان ذلك لازما ومتى جاوز اصل الاصابع العنق دخلت اليد كلها في تجويف الرحم بدون تعسر وبذلك انتهى دور ادخال اليد

واوصى بوه اذا كان جيب المياه غير متفجر ان تزلق اليد بين الرحم والبذرة بحيث يمكن مسك القدمين بدون تمزق الاغشية ووافقه على ذلك كثيرون ورأى لوفريت ان هذه الكيفية خطرة خوفا من انفصال المشيمة * قال المؤلف واظن ان ذلك ليس بخطر حقيقي وان وصية بوه جيدة متبعة لان بها يزال من الرحم امكان تضايقها قبل ان يمسك الطبيب المولد الجنين مسكا مناسبا لكن من حيث ان عملية التحويل يحصل فيها في العادة بعض عوايق اذا مارسها الطبيب قبل خروج السائل الامنيوسي يكون قبول تلك الكيفية وعدم قبولها على حد سوا تقريبا

دور البحث * ينبغي اولا ان تعين حالة الاشياء بان يتحقق المولد عدم الخطأ في وضع الجنين وان لا تشتبه عليه الذراعان بالساقين وان يتحقق ان ليس عضو من الاعضاء ملتفا على نفسه وان يجتهد في معرفة محل القدمين والمقعدة اذا عرف الرأس ثم لاجل مسك الجنين بقصد اخراجه او تغيير وضعه ينبغي

ان ننبه على ان اجزاء كثيرة من جسمه قد لا تتحمل درجة الضغط اللازم احيانا استعماله بدون حصول خطر فلذا ينبغي الاحتراس من ان يتجه طرف الاصابع فيه والدروز واليوافيخ او البطن او جوانب الصدر وانما توضع اليد على الجبهة او الة محدودة او الصدغين او الجدارين او المنكبين او السلسلة الفقرية او القص او الحرقفتين او الاطراف اى اليدين والرجلين فيندفع بها الجنين حينئذ او يدار او يخرج

(المبحث الثاني)

(في تغيير وضع الجنين في التحويل القدمي)

وبعد ان يعرف الجزء الذي جاء للفوهة يدفع الى الداخل ليخلص منه المضيق العلوي مع الانتباه لوضع الاصابع على سطح واسع حسبما امكن ثم يفتش على القدمين وتمسك لتوصل الى الفوهة ولا ينبغي ان يجذب الجنين الا على حسب انثنائه الطبيعي اى انه يلزم تكبيبه وقلبه على مسطحه المقدم اما اذا قلب على قسمه الظهرى كما اوصى بذلك بعضهم او على الجانب فانه يصير بذلك منبسطا ولم يلبث قليلا حتى يكون كقضيب او قوس من دائرة غير قابل للانثناء وذلك يصير في الغالب الباقي من العملية غير ممكن لان التجويف الرحمى لا يكون حينئذ كافي السعة حتى يسمح بالتحويل واذا فعل يحصل اذ ذاك يخشى منه خلع اطراف الجنين او كسرها او تمزق النخاع الشوكى ويولد اوجاعا شديدة جدا للمرأة بل ربما سبب ايضا تمزق الرحم ولابد من ان يهلك الجنين * هذا وقد قالوا اذا عسر مسك القدمين معا جاز ان يكتفى بواحدة ولا حاجة للتفتيش على الاخرى بل جعل ذلك بعضهم هو الاحسن والاسهل ونحن نقول الرأى عندنا ان لا يهمل التفتيش على الاخرى متى امكن فتربط الساق النازلة بشريط ويفتش على الثانية

واكثر المولدين اوصى ايضا بمسك القدمين لا غيرهما من بقية اجزاء الاطراف لانهما وحدهما الجزء الذي امر بجذبه في هذا التحويل الذي نحن بصدده ومع ذلك يمكن بل يتفق ايضا في كثير من الاحوال ان يتبع ما اوصى به بوردون

ودلبيش وغيرهما من مسك الركبتين او المابضين وان ذلك احسن من مسك القدمين وهنتير اوصى بتوصيل الاليتين بدل القدمين او الركبتين وذلك وان كانت منفعته ادخال الحوض كله فى العمق الا انه يمنع استدامة التحويل الى بلوغ الغاية المقصودة منه

وعملية التحويل بالاليتين فضلها بعضهم على التحويل بالقدمين وقال انها تعمل اذا لم توجد القدمان او كانت الرحم منوقفة بقوة على الجنين ويد المولد اولم يزل الطبيب مؤملا ان هذا العضو لم تزل فيه قوة شديدة لينهى بها الطلق بعد ذلك واما الحكيم رادفور الذى يرى ان الولادة بالاليتين هى الاقل خطرا بعد الولادة بالرأس ومن جهة اخرى ان التحويل بالاليتين اصعب من التحويل بالقدمين فانه اعرض كقاعدة كلية انه لا يصح ان يوصل للفوهات الارجل او ركبة اذا اريد استخراج الجنين بالحوض وهذه طريقة يلزم تجربتها

ومن اللازم فى مدة البحث عن الجنين والاجتهاد فى ادارته حفظ الرحم من الظاهر زمن ادخال اليد فان اليد الحافظة الموضوعة على الخثلة تساعد ايضا بالضغط المناسب على نزول الرأس او المنكب او الاطراف فتصير عملية التحويل اسهل وآكد اما بدون هذا الاحتراس فان المولد اذا اضطر لان يفعل فعلا فيه بعض قوة وسيما اذا سال السائل الامنيوسى من زمن طويل يعرض المرأة لجذبات خطرة ولفصل عنق الرحم من الطرف العلوى للمهبل ولتمزق الرحم نفسه لامن اضعف محل فيها ومن المحال التى هى اكثر انقباضا على الاجزاء البارزة الصلبة من الجنين

ويلزم ان تعمل اعمال التحويل فى فترات الاوجاع اما فى مدة الانقباضات فهى خطرة لكونها تسبب تمزقات مهلكة مع انه لا يمكن تحريك الجنين اذ ذاك ويد المولد لم تلبث قليلا حتى تنزنق بحيث ينتهى حالها بحصول خدر فيها فتفقد حساسيتها بالكلية وقوة تأثيرها فمن اللازم منع الاعمال الشاقة بجميع انواعها متى جاء الوجع فاذا زال الانقباض ابتدأ فى العمل الا اذا عرض عارض يحوج لانهاء الولادة بسرعة قوية

ويلزم ان ننبه الشبان من الممارسين على انه لاجل الوصول الى قعر الرحم يلزم ان يوجه الساعد اعمق مما يظن ببادى الرأى وانه لاجل مجاوزته مع محور المضيق العلوى يحتاج ان تحنى اليد جدا الى الامام اكثر مما يظن بمقتضى البحث

(المبحث الثالث)

(فى اخراج الجنين فى التحويل القدمى)

متى تغير وضع الجنين ووصل الى وضع من اوضاع طرفى قطره الكبير جاز ان يترك ونفسه اذ ذاك اذا كان الحوض جيد التركيب ولم تزل الرحم حافظة لقوتها بحيث تتم الباقى من الولادة بنفسها وقد سبق لنا انه يلتزم ذلك فى جميع احوال التحويل بالرأس اذا لم يران المناسب وضع الجفت واذا وصلت القدمان اوالاليتان للفوهة فهل تترك ونفسها كما قال بعضهم بعد ان توضع فى وضع لا يعارض انتهاء الولادة بنفسها وايد ذلك بامور اولها ان الجذبات المفعولة على الجنين ينبغى تركها حيث لم تكن ضرورية وثانيها ان هذه الجذبات تقهر الذراعين على ان ترتفعا على جانبى الرأس وذلك يتعب انزلاق الرأس ويضع فى معظم الاحوال القطر القمحدوى الجبهى او القمحدوى الذقنى فى محل القطر القمحدوى القمى وثالثها ان البطن والصدر من الجنين بمرورهما بسرعة من الدائرة الرحمية يحصل فيهما انضغاط عنيف ورابعها ان الرحم بخلوصها بسرعة قوية يمكن ان تنقلب وتبقى فى حالة خمود فيتولد فيها نزيف ونحوه ونقول هذه الاخطار صحيحة بل يسهل ذكر الزيادة عليها لكن ينبغى من وجه آخر ان يعرف ان المرأة لم تعرض نفسها للعملية الا فى امل كونها تخلص من حملها بسرعة وان اهلها والحاضرين معها لا تؤكد صحة العملية الا بعد ان يخرج الجنين بالكلية وانه لا يسمح بالانتظار فيما اذا كان هنالك نزيف كثير او اغماء اوفقد للحس والحركة اوتشنجات اوخروج الحبل السرى قبل اوان خروجه اوهبوط شديد وان خمود الرحم يلزم ان يكون نادرا فى مثل ذلك نظرا لكون هذا العمل احق بان يكون علاجا لتلك الاخطار لا مسببا لها وانه لا يخشى من انضغاط بطن الجنين اذا وجهت اليد لتجويف الرحم من اول الامر واذا له

ان الخوف منه اذا جذب الجنين باليد لا يكون اكثر مما اذا كان مدفوعا بالحركات القوية من الام فقط وانه اذا ترك خطر احد هذين الشيئين كان لا بد من الوقوع فى الآخر وان من الخطر فى علم الولادة ان لا يعمل العمل فى وقته كما يكون كذلك اذا عمل من غير ضرورة * ولذا كان الحاذق الماهر يتمسك فى عمله بالحالة الوسطى فلا يعمل العمل الاعلى حسب ما تقتضيه الاحوال فاذا لم يكن الامر ثقيلا ومسكت القدمان او الاليتان النازلتان انتظرت الانقباضات الرحمية ومع ذلك تحرض ليجذب الجنين بها الى الخارج ويلزم ان تكون الجذبات موافقة للحركات العنيفة من المرأة بحيث يتكون من هذين النوعين من الفعلين شئ واحد ففى كل وجع يلزم ان تبتدأ الرحم فى فعلها قبل فعل اليد وتنتهى قبل انتهائها فاذا اتبع ذلك حصل ما يسمى بالولادة من نفسها وقد تنزل الذراعان قبل الرأس الذى يبقى منثنيا على الصدر ولا يفقد القطر القمحدوى القمى مجاورته الطبيعية لمضيق الحوض ولا يلزم فى حال من الاحوال شدة الجذب بحيث يمزق نخاع الجنين او يفصل جذعه عن رأسه

فاذا لم يكن هناك وجه للسلامة سواء للام او للجنين الا فى الخلاص السريع من الحمل وكانت الانقباضات الرحمية بطيئة ضعيفة جدا بحيث لا يعول عليها لم يحصل من جذبات المولد وحدها مساعدة وانما تبدل كلا او بعضا بالحركات القويه من المرأة فاذن لا تساوى بينهما فينبغى ان يختار اقلهما مشقة ولا حاجة لان نذكرك على ان فى الحالة الاولى كالثانية ينبغى ان تفعل الجذبات بلطف لا بشدة وعنف وان تكون دائما فى اتجاه محور المضيقين

هذا ونقول بالاختصار يصح ان يعتبر اخراج الجنين باعتبارين رئيسين احدهما انه مجرد قوة تابعة تنضم للرحم وتجعل انتهاءها وظيفة شاقة وثانيهما انه واسطة رئيسة بل وحيدة اذا كانت البنية عديمة القوة او كان من المهم تفريغ الرحم فى بعض دقائق ومتى عرف هذا التمييز لم يتحير فى الاضطراب الواقع بينهم فى انه هل المناسب اذا عملت التحويل جذب الجنين او عدم جذبه فاذا اريد استعمالها بالاعتبار الاول كان من الواضح كونها نافعة لا غير بخلافها

بالاعتبار الثانى فان الطبيب الماهر لا يستعملها بدون ضرورة معروفة جيدا فيكون من غير النافع البحث حينما يكون الانفع ترك الحال المبنية اذا كان النازل هو المقعدة كما قال كثيرون او هو الصدر فقط كما قاله آخرون

(الفصل الرابع)

(فى التحويل القدمى فى اوضاع الرأس)

اوضاع الرأس بالنسبة للتحويل بالقدمين ترجع الى وضعين احدهما القمحدوى الحرقفى الايسر الذى يرجع له الاول والخامس لبودلوك والثانى القمحدوى الحرقفى الايمن الذى يحتوى على الثانى والرابع له وترجع اليه ايضا الاوضاع القمحدوية العانية والجبهية العانية اذا وجدت فبموجب ذلك يكون فى هذا الفصل مبحثان

(المبحث الاول)

(فى التحويل القدمى فى الوضع القمحدوى الحرقفى الايسر)

هذا التحويل فى الوضع القمحدوى الحرقفى الايسر يستدعى اليد اليسرى فتدخل فى المهبل منكبة وتزلق على الوجه المقدم للعجز حتى تدخل فى الفوهة وتبقى فى نصف انكباب اذا كانت القمحدوة مائلة باستقامة الى اليسار وتقرب للانبطاح اذا كانت تلك القمحدوة فى الوضع الاول وتكون فى انكباب تام اذا كانت مائلة الى الخلف واليسار ثم تمسك الرأس بها كلها جيدا لا بطرف الاصابع فقط وتكون الابهام موضوعة على الصدغ او على الحدبة الجدارية اليمنى وتوضع بقية الاصابع متفرقة على الوجه وصدغ الجانب المقابل للاول ثم يدفع الرأس اولا فى محور المضيق اعنى الى الاعلى والامام ثم يقذف نحو الحفرة الحرقفية اليسرى مع الانتباه لمساعدة هذه الحركة باليد اليمنى التى توضع على الخثلة فتحفظ قعر الرحم وتميله كثيرا او قليلا الى الخلف واليمين والآن ينبغى التفتيش على القدمين فلاجل ذلك يصح ان تزلق اليد على المسطح المقدم للجنين حتى تصل باستقامة الى الركبتين او الى اصل الفخذين فان ذلك هو الطريق الاقرب غير ان اتباعه يعرض لغلط كثير فقد يؤخذ

المرفقان بطن كونهما الركبتين واليد بطن كونها الرجل وبالاختصار قد تؤخذ اليدان باسم الرجلين فالظاهر ان الاولى اتباع ما سيذكر وهو ان يبتدأ ببسط جميع الاصابع والابهام نفسها جهة الاذن اليسرى ويلزم ان توضع بجانب بعضها وتمد لتشغل محلا صغيرا ويمر بها على جميع المسطح الجانبي الايسر للجنين بان يلزمها بالانزلاق خلف الرقبة والمنكب والصدر والخاصرة والحرقفة وفى مدة ذلك الزمن يكون الوجه المقدم لقبضة اليد حافظا للجبهة ومانعا لها عن النزول فى المضيق واليد الاخرى تقلب الرحم الى الخلف حسب الامكان واللزوم ويجتهد فى ان تقرب للاصابع الاجزاء التى تفتش عليها وتريد ان تمسكها

فاذا كانت الرجلان فى حالة انثنائهما الطبيعى اجتهد فى مرور اليد كلها على اعلى المقعدة وخلفها بادارتها منكبة على التدريج فان كانتا منقلبتين او غيرتا موضعهما باى كيفية كانت او عسر جدا احاطة سطحهما الخلفى براحة اليد مسكتا معا اذا تيسر او مسك اقربهما للمسطح الخلفى الذى للرحم بان يقبض اصلهما بالابهام التى تثبت فى الاربية وبقية الاصابع التى تستند على الوجه الخلفى للفخذين فان كانتا ملتفتين او متصالبتين بالخلاف او احداهما منثنية والاخرى منبسطة واجتهد فى مسكهما معا ولم ينفع ذلك واضطر لايصال احداهما بعد الاخرى لزم اولا ان يجتهد فى انزال الرجل الخلفية اولا حتى ولو كانت بعيدة عن الفوهة

ففى الحالة الاولى اعنى اذا كانتا فى حالة انثنائهما الطبيعى يلزم لاجل استدامة العملية ان تزلق اليد خلف الفخذين والساقين وتدفع تلك الاجزاء امامها بان تبسط كلما نزلت الى اسفل فبتلك الكيفية لا يمكن ان تغر القدمان من يده ولا ان تزوغا او تتصلان بدون مشقة الى المضيق العلوى

وفى الحالة الثانية اعنى حالة انقلابهما او ما معه يحصل فى العادة تعسر فيضطر احيانا الان يقع التأثير متعاقبا على الفخذ ثم على الساق كما يحصل ذلك على الروافع التى من النوع الاول ففى مدة التفتيش على احدى القدمين تفر الاخرى

ويعسر

ويغمر دائما جذبهما معا اذا لم يمكن معانقة المأبضين معا في الابتداء بالاصابع والابهام * واما في الحالة الثالثة اعني اذا ابعدت القدمان جدا عن هيئتهما الطبيعية بان كانتا ملتفتين الى آخره فانه متى اضطر لانزال احداهما بعد الاخرى فعل ما امكن فعله وانما يلزم ان يكون الغرض بجذب الرجل التي تمسك هو ميلها الان تقرب للرجل الاخرى لانها اذا جذبت ابتعد عنها وتلك حركة تكون بالطبيعية ضيقة جدا تعرض للخلع والكسر فانه يحصل منها خطر آخر وهو اتعابها الرحم لان فعل هذه الحركة الاخيرة يستدعي مسافة اقل من المسافة التي تستدعيها الحركة الاخرى

ومهما كان متى وصلت احدى القدمين الى المهبل او الفرج لزم تثبيتها بواسطة عروة من شريط قبل التفتيش على الاخرى لا لاجل منع صعودها الى الاعلى كما ظن ذلك بعض المؤلفين القدماء وانما هو لاجل التأكيد بوجدانها في الحوض وقت الاحتياج فاذا روعي هذا الاحتراس تدخل اليد اليسرى في الرحم ثانيا ولاجل سهولة الوصول الى القدم الاخرى يتبع الجزء الانسي الخلفي للرجل الذي في العروة فاذا اتبع ذلك وجد بالضرورة شق الاليتين واعضاء التناسل فلا يمكن خفاء الفخذ الذي يراد وجدانه وبذلك يحصل الاحتراز من كثرة التحسيس المتعب ومن المعلوم انه ينبغي توصيل هذه القدم لجانب الاخرى بحركة التقريب تابعا المسطح المقدم للجنين

فاذا وصل باي كيفية كانت الى انبساط الرجلين ونزولهما في التقعير وضعت السبابة بينهما اعلى عن الكعبين الانسيين واما الابهام وبقية الاصابع فتعانق سطحهما الوحشي بحيث يكون العقب ثاويا في راحة اليد فاذا كان الرأس المزنوق بالرحم او المحفوظ حفظا رديئا باليد قريبا جدا للفوهة لزم قبل جذب القدمين بدون تركهما دفعه نحو الحفرة الحرقفية بالمرتفع الراحي المسمى بضرة الابهام والجذبات التي تفعل بعد ذلك تكون غايتها تحريك الجنين حركة ارجوحية والزام الرأس ان يتجه نحو عمق الرحم مدة كون الحوض ينجذب للمضيق العلوي وتحويل احد الاوضاع الشمالية للقمة الى احد الاوضاع

اليمينية للقدمين ولاجل ان يحصل من هذا التحويل جميع المنافع المرادة منه ينبغي ان يقلب ظهر الجنين الى اليمين ثم الى الامام قليلا الى الخلف فبموجب ذلك ينبغي ان يحترس الطبيب مع الانتباه عن احالة يده لحركة الانبطاح متى ابتدأ في جذب الساقين وانما يلزمه حفظهما في نصف انكباب ليوصل الجنين الى الوضع الثاني من اوضاع بودلوك فاذا لم يكف ذلك يجتهد في وجدان القدم اليمنى التي تكون من الامام باليد اليمنى ويجذبها وحدها حتى يمنع ميل الظهر للاتجاه الى الخلف

ومتى خرجت القدمان من الفرج ينبغي لفهما بخرقة جافة ليتيسر مسكهما مسكا متينا فبذلك لم تلبث الحرقفتان قليلا حتى تنفذا من الفوهة الحوضية وتأتيا للمضيق السفلي وكلما اخذت القدمان في الخروج لزم ان اليدين الملتفتة يمناهما الى الامام ويسراهما الى الخلف تمتدان على طول الرجلين نحو الفرج حتى يستمسكا على سطح متسع حسب الامكان فتوضع ابهاماهما الى الخلف والاصبعان الاخيران على الوجه المقدم وتمد السبابة والوسطى على الجانب الوحشي لكل ساق او كل فخذ حتى تصير الحرقفتان الى الوحشية

ولنذكر الآن قبل كل شئ انه لا بأس ان يبحث عن الحبيل السرى هل هو متوتر ام لا بان توجه السبابة والابهام او اصبعان اخريان من اليد اليمنى نحو اندغامه ببطن الجنين فاذا وجد متوترا انزلت عروة منه فيها طول كاف بان تجذب من جزئها المشيمي لا من طرفها البطني فاذا لم يمكن فيه جذب من جهة السرة صح تركه في محله فاذا نزل على البطن ومر بين الفخذين ثم صعد على السطح الخلفي للجنين وظهر تعطل في الدورة لزم تخليصه من ذلك بل ربما تعين قطعه اذا خيف حصول خطر سريع ولم يمكن تخليص الرجلين بدون ذلك لكن من المهم حينئذ انهاء الولادة في بعض دقايق * قال المؤلف وبالاختصار لا اظن ان من النافع حينئذ ربطه من محلين قبل قطعه كما ظن ذلك بعضهم ولا انه اذا ترك ذلك خشي موت الجنين بالنزيف

ثم يداوم على الجذب بانحراف الى الاسفل والخلف اعني في اتجاه محور المضيق

العلوى فاذا انفذت الحرقفتان ممسكتا فاليسرى اى الخلفية تمسك باليد اليسرى واليمنى اى المقدمة تمسك باليد اليمنى بحيث لا تصعد الاصابع اعلى عن العرف الحرقفى خوفا من الضغط على الاحشاء الباطنية ثم يتبع ذلك خروج البطن والصدر فعند ذلك ترتفع الذراعان ويدخل المنكبان ويكون من اللازم حينئذ انضمام الحركات العنيفة من الطبيب المولد لحركات المرأة اذا اريد الاحتراس من انقلاب الرأس ولا ينبغى مهما كانت المقاومة التى تحصل من دخول المنكبين فى التقعيرة تقليد جهلة الممارسين الذين لم يستحسنوا فى جذب الجنين الا ادارته على محوره اوان تفعل فيه حركة استدارة جذبية زائدة السعة ولا ينبغى ايضا ان يؤخذ على التعاقب من الوجه الانسى لفخذ الى آخر ولا ان يرفع ثم يخفض باستقامة من الامام الى الخلف فان مثل هذه الحركات عديمة النفع وتوصل الى الجزء الخفى والظهرى من السلسلة خطرا شديدا من الشد والجذب وانما يسامح بتجربة ذلك اذا لم يكف التأثير بانتظام على المحور العلوى ويصح ان يسمى ذلك بالجذبات الزاوية او القطرية اى الجذبات المتجهة فى اتجاه القطر المنحرف الذى يجاور فى المضيق العلوى اكبر قطر للمنكبين فيرفع اولا حوض الجنين بان يجذب ببطئ كما اذا اريد توجيهه لثنية اربية المرأة ثم يخفض بان يوجه نحو الشق الجبى السفلى الايمن ثم يرفع ثانيا ثم يخفض ايضا وهكذا حتى ان المنكبين الذين يدخل احدهما بعد الآخر بهذه الكيفية ويقبلان اعظم جزء من الحركات العنيفة التى تفعل يكونان قريبين للمضيق السفلى بحيث يسهل مسكهما فاذا وصلا الى ذلك لزم ان يشتغل باخراج الذراعين

فاذا كان الجنين صغير الجسم والحوض واسعا جدا لم يحصل من مجيء الذراعين فى خروج الرأس الا عائق ضعيف جدا ويمكن فى الحقيقة الكف عن اخراجهما اما غير تلك الاحوال فانهما تتعب بقية العملية فمن الحزم بل اللازم حينئذ ان تخفضا وبعضهم امر بوضعهما على جانبى الرقبة فتعينان على انزلاق الرأس واتساع الفرج وتعارضان فى تضايق الدائرة الرحمية امكان اختناق الجنين

وحجمهما ليس عظيما بحيث يمنع انتهاء الولادة لكن هذا الرأى ليس قوى الاساس ولا يلزم اتعاب الذهن فى مناقضته لانه لا يوجد الآن من يقلده وان شذ بعضهم ومنع ما اخترناه من هبوطهما خوفا من انضغاط الحبيل والرقبة

والذى يستخرج منهما اولا هو الذى يكون جهة العجز واخراج الآخر اولا يعرض لتعسر شديد واذا خرج لم يصر الذى من الخلف خالصا خلوصا ظاهرا فالجذع يلف دائما بخرقة ويرفع باليد اليمنى المحفوظة منكبة فى تقعير الابط المحاذى لها حالة كون السبابة والوسطى موضوعتين على الوجه الوحشى والمقدم للذراع الى ثنية المرفق كهيئة جبيرة على العضد فبذلك يقع التأثير على جميع الطرف اى الذراع كما يحصل على رافعة محنية من النوع الثالث وتكون لابهام صفر ارتكازها والاصابع هى القوة وساعد الجنين هو المقاومة وينبغى مدة تحرك الذراع بتلك الحركة ان تقرب للجذع بحيث انها بانخفاضها تنزلق على الوجه المقدم للصدر فاذا اكتفى بمسكها باصبع او اصبعين يكونان على هيئة كلاب خوطر بكسرها اذ لا يكون الجذب الا على مفصلها بالكتف ثم اذا خرجت الذراع مدت على طول الصدر فاليد اليمنى تضع جذع الجنين على اليد اليسرى وتذهب حتى تخلص بعد ذلك اليد المقدمة اى التى تحت العانة تابعة القواعد التى ذكرناها

ثم ان الذراعين فى بعض الاحيان بدل ان يتبعا انحدارهما الطبيعى بارتفاعهما على جانبى الرأس قد تلتفان الى الخلف وذلك بكيفيتين مختلفتين الاولى ان احداهما وهو الغالب او هما معا وسيما التى من الامام تكون بالعرض خلف الرقبة كانهما اوقفا بسير القمحدوة والكيفية الثانية انهما قبل ارتفاعهما بل وعند ارتفاعهما قد يتجهان الى الخلف ويتصالبان على الظهر اسفل المنكبين وذلك قد يسبب الخلع او الكسر ويزيد فى تعسرات العملية اذا لم يعالج

ففى الحالة الاولى يبتدأ بتخليص الذراع الغير الزايغة ثم يدفع الجذع قليلا ليقهر

الرأس على الصعود وينقص حسب الامكان الضغط المحول له الذراع الاخر ثم يوضع الابهام وبقية الاصابع كما ذكرنا سابقا ويتم العمل حسبما ذكرنا لكن ببطئ فاذا حصل من الذراع مقاومة يجرب دفعها الى اعلى القمحدوة ولا يستعمل الكلاب المحفوف الذى ذكره دبواس الابعدان لاتنفع بقية الاجتهادات

وفى الحالة الثانية حتى ولو انتقل الساعد كله للجهة المقابلة اوارتفع الى القفا ينبغى شبكه بالاصبع الوسطى والسبابة لينزلق من اعلى الى اسفل على ظهر الجنين وينجذب الى الخارج ويسهل نجاح ذلك غالبا ولكن قد يحتاج احيانا لدفع الصدر بقوة الى الاعلى وان تطبع حركة استدارة واسعة فى الجذع ليوصل لذلك فاذا تصالب الذراعان على القفا حرك الجنين حركة استدارة على محوره المستطيل ويوجه الذراع الذى يراد اخراجه اولا لتقعير العجز وذلك يصير الباقى من العملية سهلا

فاذساعدت الانقباضات الرحمية اعمال الطبيب المولد حصل من ذلك ولا بد نزول الرأس للتقعير اوالقله ان يدخل بقوة فى المضيق العلوى بحيث ان القطرين القمحدوى القمى والجدارى المزدوج يجاوران القطرين المنحرفين لدائرة الحوض

ففى هذه الحالة اذا انزلقت اليد اليمنى على مقدم الصدر والرقبة دخلت كلها على سطحها بانصف انبطاح حتى تصل للمهبل ويبقى الابهام والاصبعان الآخران على جانبى الزور وينبغى ان توضع السبابة والوسطى على الذقن كما قال بورتون اوفى الفم كما قال بوه اوعلى جانبى الانف اوعلى قاعدة الحجاجين كما قال مورلان ليمسك الرأس فى حالة انثنائه الطبيعى ويقرب للقص حسب الامكان الطرف الوجهى للقطر القمحدوى الذقنى وبعد ان توضع اليد اليمنى وضعا مناسبا يضجع الجنين بسطحه المقدم على الساعد المحاذى له ثم يخفض بقوة نحو العجان لكن بدون جذب لان المراد حينئذ هو خروج شئ من القوس العانى ثم توصل الاصبعان اوالثلاثة الاول من اليد اليسرى تحت القمحدوة

لتحفظها وتمنع خروجها قبل الذقن وبالضرورة يوضع الابهام والاصابع وبقية اليد خلف الرقبة ويجتهد حينئذ فى دفع الرأس على محور المضيق العلوى ليعطى له زيادة اطلاق فى التقعير ويسهل تحريكه حركة استدارية

فاذا وصل الى ايصال الوجه لتقويس العجز وايصال القمحدوة الى خلف الارتفاق العانى انتظر حصول انقباض من الرحم فتؤمر المرأة بفعل بعض حركات عنيفة فاذا حصلت الحركات ابتدأ العمل فتثبت اليدان دائما كما قلنا ويجذب الرأس تدريجا على محور المضيقين ويرفع مع ذلك جذع الجنين شيأ فشيأ كانه ينقلب على خثلة الام

فاذا لم تساعد الاعمال الشاقة من الطبيب مساعدة كافية بالانقباضات الرحمية او انه لسبب ما بعد خروج المنكبين لم يعمل الرأس حركته الانثنائية بل وقف فى المضيق العلوى عسر جدا فى بعض الاحيان وجدانه واعسر من ذلك خفضه ومع ذلك ينبغى ان تمنع الجذبات حتى يصل لانها انما تزيد فى انقلابه وانما يلزم ان توجه اليدان الموضوعتان بالكيفية السابقة الى اعظم عمق ومن النافع حينئذ ان توضع الوسطى والسبابة على الحفرة النابية لانهما ان استندتا على الذقن او وضعتا فى الفم خوطر بان لا ينخفض الا الفك السفلى ويعرض ما عدا ذلك للخلع والجذب المؤلم لكن من العسر حينئذ الوصول الى هذا الجزء من الوجه واذا وصل لذلك سيما اذا استدعى قوة شديدة فان الاصابع تنزلق وتبعد عنه بسهولة غريبة بحيث يغلب مشاهدة الاضطرار لتثبيتها على الجزء الاكثر تحركا من الوجه والاقل تحملا للقوة التى يلزم ان تقلب الرأس فمن اللازم حينئذ تحريض فعل الرحم او العضلات البطنية ومن حيث ان الحركات القوية من المرأة تلزم الفرع المقدم اى الذقنى من هذه الشبيهة بالرافعة التى هى الرأس فى نزولها والا فاذا فى جذب ينعل فى الفك من اعلى الى اسفل يصير حينئذ قوى الفعل واما الحركات القوية التى يفعلها المولد فى الجذع فانها لكونها تنتقل على الخصوص لجانب القمحدوة تميل بالطبيعة لان تنتج عكس ما يراد انالته فمن اللازم ان لا يجذب الا الوجه سواء كان مع ذلك انقباضات رحمية ام لا حتى

يكون القطر القمحدوى القمى للرأس مجاورا لاحد اقطار الحوض

ثم ماعدا انقلاب الرأس يوجد هنا ايضا خطر آخر يعوق العمل وذلك ان الوجه بدل ان يلتفت الى الخلف واليسار اوالى اليسار باستقامة يمكن ان يلتفت الى الامام كثيرا اوقليلا اوالى الخلف بالكلية فتلتوى الرقبة على نفسها ففى هذه الحالة يكون جذب الجذع خطرا فيلزم قبل استعمال الجذب دفع الصدر بين كل وجعين باصابع اليد اليمنى ثم يمسك الذقن ويخلص من اشتباكه ويوجه نحو الارتفاق العجزى الحرقفى حالة كون اليد اليسرى مستندة على الخلف لتعين على حركة الاستدارة ثم على انثناء الرأس كله ثم يفعل كما سبق ويصح ايضا بل يكون جيدا حينئذ ان يجتهد فى انقلاب القمحدوة من اعلى الى اسفل بحيث تنزل اولا كما نجح ذلك فى بعض مشاهدات وكذلك مدحوا وضع جفت الولادة متى وقف الرأس فى المضيق العلوى

وينبغى فى هذا الزمن الاخير من العملية ان ينتبه ايضا لتنفس الجنين فاذا ظهر ان استخراج الرأس لايتم بسرعة كان من النافع خفض اللسان مع خفض الفك باصبع اواصبعين ليعرض دخول الهوآء فى الرئتين كما اوصى بذلك بعضهم

(المبحث الثانى)

(فى القلب القدمى فى الوضع القمحدوى الحرقفى الايمن)

يصح فى الوضع الثالث والسادس لبودلوك ان تستعمل اليد اليسرى بسهولة كسهولة اليمنى غير ان المختار هذه الاخيرة لانها تقتضى انتهاء الولادة بالوضع الاول للقدمين الذى يظهر انه احسن من الثانى ولانه يسهل العمل بها اكثر من الاخرى فسوآء كانت القمحدوة مجاورة للعانة او العجز او التجويف الحقى اوالارتفاق العجزى الحرقفى الايمن وتوجه اليد اليمنى فى الحالة الاولى منبطحة وفى الثانية منكبة وفى الثالثة بنصف انبطاح وفى الرابعة بنصف انكباب وابهامها على الصدغ الايسر وبقية اصابعها على الوجه والصدغ الآخر فبذلك تعانق تلك اليد الرأس وترفعه فى محور المضيق العلوى وتدفعه

نحو الحفرة الحرقفية اليمنى ثم تستولى على اذن تلك الجهة لتكون فى حالة انبطاح وتصل ابهامها اقرب الحافة الكعبرية للسبابة فبذلك يمكنها ان تنزلق على طول الجانب الايمن للجنين وتمسك القدمين بانقلابهما فى حالة انكباب وتفعل جميع ما تفعله اليد اليسرى فى الوضع القمحدوى الحرقفى الايسر

(الفصل الخامس)

(فى التحويل القدمى فى اوضاع الوجه)

اذا جاء الوجه اولا لم تختلف العملية اختلافا محسوسا عن ما يعمل لاوضاع القمة فتدخل اليد اليمنى متى كان الذقن ملتفتا الى اليسار او الامام او الخلف او نقول بوجه اعم بل اصح ايضا تدخل اليد اليمنى متى ظهر ان دفع الجبهة نحو الحفرة الحرقفية اليمنى اسهل من دفعها للجهة المقابلة لها وتدخل اليد اليسرى فى الاحوال المخالفة لذلك ولما كانت اوضاع الوجه فى الحقيقة هى عكس اوضاع القمة كانت اعمالها كاعمالها بعينه انه فى مسك الرأس بدل ان توجه راحة اليد للجبهة توجه اولا للذقن والوجه والذى يرفع ويعدل قبل ان يفتش على الرجلين هو مقدم العنق اكثر من الجمجمة والذى يلزم الاحتراس عليه هو العينان والانف والفم بدلا عن الدروز واليوافيخ

(الفصل السادس)

(فى التحويل القدمى فى الاوضاع الزائغة للجمجمة)

الاوضاع الاخر المنحرفة اعنى اوضاع الصدغين او الجبهة او الجزء الخلفى للقمحدوة اذا لم يمكن اولا ارجاعها الى الاوضاع المجاورة لها من اوضاع الجمجمة او الوجه تدخل فى اوضاع الجذع فنقول هنا اما من خصوص الصدغ فانه اذا كانت القمحدوة ملتفتة الى اليسار او الامام استخدمت اليد اليسرى لتتجه بعيدا جدا الى الخلف فتعانق الجبهة كما قلنا فيما قبل فان كانت ملتفتة الى الخلف دفعت اليد اليسرى الصدغ كله واجتهدت فى ان توجهه الى الامام قليلا واليد اليمنى تفعل ذلك كله اذا كانت القمحدوة مجاورة للنصف اليمنى من الحوض

واما

واما من خصوص الجبهة التي تتخذ حالة متوسطة بين اوضاع الوجه واوضاع القمة فتستدعى ايضا اليد اليسرى متى كان الوجه ملتفتا الى اليمين واليد اليمنى فى الحالة المخالفة لذلك

واما القمحدوة الداخلة كما فى الفوهة فانها تستدعى اليد اليسرى اذا كانت اليوافيخ من اليمين واليد اليمنى فى الاوضاع التى بعكس ذلك فتنفذ اليد بنصف انسكاب على طول الجانب الايمن للحوض فى الحالة الاولى والجانب الايسر فى الحالة الثانية وتجتهد فى الوصول الى الجمجمة اواقله لقمتها فتعانقها لتدفع الرأس نحو الحفرة الحرقفية المحاذية لها

(الفصل السابع)

(فى محصل التحويل القدمى لاجل الرأس باختصار)

قد نتج من الشرح الذى ذكرناه اولا انه لاجل التحويل القدمى لم يكن هنالك للرأس الاوضعان وثانيا ان هذين الوضعين نفسهما لا يختلفان فى شروط الممارسة الا فى كون احدهما يستدعى على الخصوص اليد اليمنى والآخر اليد اليسرى وثالثا انه يكفى ان تحول لليد اليمنى القواعد والاصول التى ذكرت لليد اليسرى ورابعا ان جميع اعمال الرأس ترجع فى الحقيقة الى عمل واحد ولو ذكر التضاعف فى العمل للزم بالضرورة الدخول فى تكرار ممل غير نافع متعب لحافظة التلامذة

(الفصل الثامن)

(فى التحويل القدمى فى وضع الجذع)

ربما شك عندما يكون الحوض جيد التركيب فى ان جذع الجنين قد يكون موضوعا بحيث يكون الرأس ملتفتا الى الخلف ويعسر ادراك مثل هذه الظاهرة لكن من الغلط التمسك بمثل ذلك الشك بالنسبة للجزء المقدم من الدائرة الحوضية لان العانتين اكثر تقدما من الزاوية العجزية الحرقفية والجدران الرخوة للبطن يسهل توترها والتقعر الخلفى للارتفاق العانى كالبروز الفقرى لا يدفع الرأس على جوانب الخط المتوسط وانما يسمح له بان يتثبت

بأسنة تامة من الامام وقد شوهد هذا الوضع الاخير كثيرا فى ذلك قال المؤلف
اتفق انى شاهدته فى امرأة ولدت ثلاث مرات على وفق العادة بدون حصول شئ
مخصوص ثم فى الولادة الرابعة مكثت جملة ايام فى الطلق وتحققت التلامذة
المباشرون لها عندى مع الانتباه ان المنكب الايمن فى الفوهة واستشعر مع ذلك
من خلف جدران البطن الرقيقة جدا بالرأس من اعلى الارتفاق العانى
وامامه وحيث كانت هذه الاوضاع نادرة ولا تغير القواعد الرئيسة للعمل
نعمل فيها كما فعلنا فى الرأس وهو ان نرد جميع اوضاع الجذع الى وضعين رئيسين
احدهما جانبى ايسر يحتوى على الاول والرابع لجر بير وقابرون ودوجيس
ولشبيل وثانيهما جانبى ايمن يرجع اليه الثانى والثالث لهؤلاء المؤلفين
ومهما كانت اليد التى يقع العمل بها فى مجئ الجانب مثلا فالرأس تارة يكون
قريبا للخط المتوسط المقدم للحوض وتارة للخط المتوسط الخلفى فاذا اريد
مسك الجنين من المسطح الخلفى للاطراف الحوضية اى الرجلين لزم ايضا
توصيله الى الوضع الاول للقدمين باليد اليمنى والى الثانى باليد اليسرى فمن
حيث انه يلزم دائما ارجاع الجنين الى ما هو اقرب حسب الامكان للوضع
المستعرض يحصل زيادة تعسر فى الاحوال التى يكون فيها ابعد عنه ويقل
التعسر فى الاحوال التى يكون فيها اقرب له ومع ذلك ليس هنالك فى الحقيقة
اختلاف ولا يعلم الاهتمام بما تشاجر فيه المتأخرون من لزوم اختيار الاوضاع
الرأسية المقدمة اوعدم اختيارها

وقد ذكرنا لك الاوضاع التى اخترناها واقلنا انها هى الممكنة وهى المجئ
بالمسطح المقدم والمجئ بالمسطح الخلفى وان كانت كلها فى الحقيقة تستدعى
الاعمال التى تستدعيها اوضاع الاقسام الجانبية من الجسم وانما نذكر فيها
هنا بعض كليات فنذكر على التعاقب اوضاع الجانب والمسطح الخلفى
والمسطح المقدم مع الانتباه على ان نشبع الكلام فى الاوضاع التى يلزم ان يرجع
اليها اغلب الاوضاع الاخر

(المبحث الاول)

(فى التحويل القدمى فى وضع المنكب والجانب)

اذا تبعنا فى ذكر هذه الاوضاع انتظاما عدديا وقفنا فى اختلاط عظيم كثيرا ما تقع فيه التلامذة بسبب اختلافهم فى دراستهم باختلاف المؤلفات التى يدرسون فيها فلعدم الخروج عن اوضاع الجذع نقول ان الرأس يكون من الامام فى الوضع الاول على رأى بودلوك ومن الامام واليسار على رأى مجريير ومن اليسار باستقامة على رأى غرديان وحيث كانت طريقة العمل فى الجميع اتفاقية اصطلاحية وليس هنالك ما يمنع تسمية طبيب له بالوضع الاول اذا وجده مناسبا وآخر بالوضع الثالث اظن انه يصح ان تحصر جميع انواع المجىء بالمنكب فى الوضع الرأسى العانى اوالمقدم والرأسى الفقرى اوالخلفى والرأسى الحرقفى الايسر اوالايمن وذلك كله حذرا من الالتباس ولاجل رجوع التقاسيم الكثيرة التى تعاقبت فى فرانسا من زمن سالريس الى الآن الى تقسيم صحيح ولنجعل ذلك فى مطلبين

(المطلب الاول)

(فى عملية التحويل القدمى اذا جاء المنكب الايسر)

نذكر لك وضعين يشتملان على هذا المنكب بحيث اذا جاء يكون الجنين على احد هذين الوضعين وافهم ذلك فى نظيره مما يأتى

الاول الوضع الرأسى الحرقفى الايسر * الرأس الموضوع فى هذا الوضع من اليسار يمكن ان يقف اعلى الثقب تحت العانة او على الارتفاق العجزى الحرقفى اوفى الحفرة الحرقفية نفسها ومن حيث ان هذه الاشكال تنسب للاصناف المجاورة لها من اوضاع القمة ينبغى ان يعمل فيها كما فى الوضع القمعدوى الحرقفى الايسر نهايته ان الذى يدفع هنا الى الداخل هو المنكب بدل الرأس وبدل ان يوضع الابهام والاصابع على الصدغين توضع على الظهر ومقدم الصدر ففى الحقيقة لا يختلف التحويل هنا عن التحويل فى القمة الا فى كون الرأس رفع اولا اوقلب وان الزمن الاول من العملية يحصل طبيعة بنفسه

فتدخل اليد اليسرى ويرتكز بالابهام على الوجه المقدم من رمانة المنكب او من القص وبقية الاصابع تراق خلف الكتف او الصدر والخنصر يبقى ملتفتا نحو قمحدوة الطفل ولاجل موافقة هذه القاعدة ينبغي ان توجه اليد بنصف انبطاح او منبطحة بالكلية او منكبة انكبابا كليا او جزئيا على حسب كون القحف اقل او اكثر قربا للارتفاق العانى او الزاوية الجزئية الفقرية او الحفرة الحرقفية وبعد ان يرفع المنكب مع الانتباه لدفعه حينئذ الى الخلف حتى ان المسطح المقدم للجنين يلتفت الى الاسفل قليلا يجتهد فى دفع الرأس نحو وسط الحفرة الحرقفية اذا كان فى الابتداء بعيدا جدا عنها وذلك يستدعى غالبا انضمام الحركات العنيفة لليد التى تضغط بالمناسب على الخثلة مع حركات اليد التى تعمل عملها فى جوف الرحم ثم بعد ذلك تترك الابهام القص وتذهب حتى تكون على جانب السبابة واما الباقى من العملية فهو كما ذكرنا فى الوضع القمحدوى الحرقفى الايسر فاذا كان الرأس من الامام بالكلية او قريبا كثيرا او قليلا للتجويف الحقى الايمن جاز ايضا ان يفعل كما سبق نهايته انه يلزم لاجل معانقة المنكب ادارة اليد بحركة انبطاح قهرى وبعد رفعها له ينقل الرأس من اليمين الى اليسار نحو الحفرة الحرقفية بقدر ما يمكن ويكون التأثير على الخصوص بالابهام الموضوع بالضبط على القص

فاذا كان الرأس اقرب جدا للخط المتوسط الخلفى اعنى فى الوضع الظهرى الحرقفى الايمن لم يمكن ايصاله للطرف الايسر من القطر الكبير الحوضى الا بعسر لان الذى ينقاد لذلك حينئذ هو الصدر وحده واما الرأس فيبقى فى وضعه الاولى فلاجل قهر هذا التعسر ينبغى مدة كون الابهام والسبابة حافظتين للجزء العلوى من الصدر بسط بقية الاصابع حتى تصل الى القمحدوة وتخدم بذلك لدفع الرأس من الخلف الى الامام ومن اليمين الى اليسار كانه يراد مرجحته من القمحدوة الى الذقن

الثانى الوضع الرأسى الحرقفى الايمن * العمل غالبا يكون فى هذا الوضع اصعب مما فى الوضع السابق لانه لا يمكن اتمامه الا بشرط ان يفعل اولا وضع رأسى حرقفى

ايسر او يحول الى الوضع الجانبى الايمن ففى كلا الحالتين يلتزم الطبيب ان يطبع فى الجنين حركات واسعة بحيث انه بادنى انضغاط يحصل له فى الرحم تكون حياته معرضة فى الغالب لاخطار ثقيلة فالمناسب هنا توصيل الرأس للفوهة ليوضع بعد ذلك جفت الولادة وذلك احسن من عملية التحويل بالقدمين وعلى كل حال اذا لم يمض من سيلان المياه الازمن قليل ولم ينفجر القرن ايضا ولم يزل فى الجنين بعض تحرك فالاحسن ايصال الجنين الى الوضع الظهرى العجزى او الظهرى الحرقفى الايسر ويمكن الوصول لذلك بكيفيتين فاذا لم يكن الرأس اقرب للارتفاق العجزى الحرقفى منه للتجويف الحقى الايمن امكن بادارة اليد منبطحة معانقة المنكب كما فى الاحوال السابقة اى بحيث تستولى الابهام على القص مدة كون بقية الاصابع باقية خلف الصدر الا الخنصر فتذهب للرأس فحينئذ تدفع القمة الى الامام برفعها شيأ فشيأ ثم تأخذ اليد فى القرب للانكباب شيأ فشيأ مدة سير العملية كلما قربت القمحدوة لجانب الحفرة الحرقفية اليسرى

فاذا عسر جدا اجتياز اليد هكذا من اليمين الى الشمال اعظم سعة من النصف المقدم من دائرة الحوض الى الطرف الرأسى من الجنين امكن بعد رفع المنكب والرأس اعلى عن العانتين ان يذهب بها حالا لتعلق بقدمى الجنين او ركبتيه تابعة الجانب الايسر فتى مسكت الرجلان فان تكبيب الجنين يقهر الرأس الذى اندفع قبل ذلك بالساعد الذى فى الرحم على ان يرتفع حتى يكون فى قعر الرحم لكن ينبغى فى هذه الحالة غاية الانتباه فى ان المسطح الظهرى للجنين لا يجاور المسطح الخلفى للرحم

فاذا كان المنكب مهيئا بحيث كان الرأس على اعلى الارتفاق العجزى الحرقفى اعنى فى الوضع الثالث لجريرا واقرب ايضا للزاوية العجزية الفقرية فان اليد اليسرى التى ادخلت منكبة انكبابا قهريا يمكن ان تجتهد فى رفع المنكب وتمر بالرأس من الارتفاق العجزى الحرقفى الايمن الى اعلى الارتفاق العجزى الحرقفى الايسر وهذا العمل وان كان فيه فى بعض الاحيان بعض سهولة

اكثر من السابق الا انه ربما كان اكثر خطرا نظرا الى انه اذا لم تؤثر الاصبعان او الثلاثة الاخيرة بقوة على القصعدوة مدة كون الابهام والسبابة تدفعان الجزء العلوى من الصدر خيف من حصول خطر بذلك وهو ان ينتج من هذا العمل انقلاب الرأس على الظهر عند الاجتهاد فى ازالته عن محله

فاذا انفجرت الاغشية من زمن طويل وكانت الرحم منقبضة جدا ولا يمكن تحريك الجنين الا بعسر لزم اختيار عمل ثالث حينئذ بل ربما كان جيدا الاستعمال ايضا فى الاحوال الاخر وهو ان يدفع المنكب باليد اليمنى من الخلف الى الامام كانه يراد ادارة السلسلة على محورها ثم يجتهد فى الاستيلاء على الجانب الايمن بان تزلق اليد على مقدم الصدر مع كون اليد اليسرى تقلب الرحم بقوة الى الخلف ثم تمسك القدمان واليمنى منهما اولا ليصلا بذلك الى الوضع الاول

والحاصل ان جميع اوضاع الجانب الايسر يمكن عملها باليد اليسرى مع الانتباه الى ان الابهام يلزم ان يكون مجاورا للمسطح القصى وبقية الاصابع للمسطح الظهرى والحافة الزندية من اليد لرأس الجنين وانه قبل التفتيش على القدمين ينبغى ان يتحيل على دفع القمة حسبما امكن نحو الحفرة الحرقفية اليسرى واما جميع ما يلزم معرفته لعمل المسطح الجانبى الايسر فليس يخفى على الطبيب الممارس فاذا اراد ان يستخدم يده اليمنى كما فعل اولا بقصد رفع المنكب الايسر ليدركه بسهولة بعد ذلك المنكب الايمن والجانب الايمن فهذا لا شك انه داخل فى وضع المنكب الايمن الحقيقى الذى سنتكلم عليه على الاثر

(المطلب الثانى)

(فى عملية التحويل اذا جاء المنكب الايمن)

جميع ما قلناه فى اوضاع المنكب الايسر يقال مثله فى اوضاع المنكب الايمن فلا حاجة لاطالة الكلام باعادته غاية ما نقول ان اليد اليمنى هنا تتمم ما قلناه قريبا فى اليد اليسرى وان الرأس تدفع هنا نحو الحفرة الحرقفية اليمنى قبل الذهاب الى القدمين وانه يتم الامر بالوضع الاول للاقدام لا بالثانى وبعد

ذلك

ذلك كله يكفى لعدم الاحتياج الى شرح مخصوص لاوضاع المنكب ان يعرف ان اليد اليمنى تذهب دائما الى الجانب الايمن واليد اليسرى الى الجانب الايسر وان الاصابع فى جميع الاحوال يلزم ان تكون مع الجنين على المجاورات التى ذكرناها فيما سبق

ومع ذلك فاذكرك ان هذه القواعد لا يصح ان تكون مطلقة لازمة وانما معرفتها تصير العملية اسهل وانه يمكن تنويعها بكيفيات كثيرة فهى على الخصوص نافعة للشبان الممارسين الذين لم تطل مدة ممارستهم فيحتاجون لبعض معارف تخرجهم من ظلمة تيه الممارسات وان فى الاحوال التى تدخل فيها اليد فى الرحم قبل انفجار الاغشية سواء جاء الطفل بالجانب الايمن او الجانب الايسر وفى اى حال كان وضع المنكب يمكن وصول اليد سواء اليمنى او اليسرى باستقامة الى القدمين مع السهولة

(المبحث الثانى)

(فى التحويل القدمى فى المجىء بالقص)

يكون للجنين فى المجىء بالقص ثلاثة اوضاع

الاول الوضع الرأسى العانى المشتمل على القص * وهذا الوضع يمكن فى الحقيقة دخوله فى الوضع الرأسى الحرقفى الايسر كما يدخل ايضا فى الوضع الرأسى الحرقفى الايمن لكن الاولى ارجاع هذا الاخير لكونه ينتهى بالوضع الاول للقدمين

والثانى الوضع الرأسى الحرقفى الايمن المشتمل ايضا على القص * ينبغى اختيار اليد اليمنى فتتوجه منبطحة اذا كان الرأس من الامام ومنكبة اذا كان من الخلف وبين هاتين الحالتين اذا كان من اليمين بالكلية ويلزم باى كيفية كانت دفع الجزء الذى دخل فى الفوهة الى ان يصير جذع الجنين مقعرا فى سطحه المقدم لا محدبا ثم يجتهد فى الوصول الى المنكب الايمن الذى توضع خلفه الاصابع وتبقى الابهام على الوجه المقدم للصدر وبعد ذلك لم يكن هنالك الا رجعة القطر الاخرى المزدوج بلطف بان يفعل فيه ما يفعل فى رافعة من النوع الاول يكون صفر ارتكازها هو الابهام وقوتها هى الاصابع فاذا فعل ذلك لم يحتاج

الوضع فى شئ عن الوضع الموافق له من الجانب الايمن وبقية العمل يكون كما سبق فيه

الثالث الوضع الرأسى الحرقفى الايسر المشتمل ايضا على القص * تفعل اليد اليسرى ما تفعله اليمنى فى الوضع الآخر المقابل لذلك فتدفع الصدر وتعانق المنكب الايسر وتخفضه قليلا وتقرب الرأس للحفرة الحرقفية اذا كان بعيدا منها فينال بذلك وضع ظهرى عجزى للمنكب الايسر وبقية العمل يكون كما سبق

(المبحث الثالث)

(فى التحويل التدمى فى المجئ بالظهر)

يكون للجنين فى هذا المجئ وضعان

الاول الوضع الرأسى الحرقفى الايمن * اذا كان الرأس من اليمين او الامام او الخلف فى الاوضاع الظهرية فتستعمل اليد اليمنى كما فى اوضاع القص على حسب القواعد المذكورة هناك فموجب ذلك توجه بصفة انكباب او منبطحة او منكبة بالكلية على حسب كون الرأس ملتفتا الى اليمين او الامام او الخلف لكن بحيث تمر الابهام دائما امام المنكب الايمن والصدر وبقية الاصابع تبقى على المسطح الظهرى فينبغى اولا ان يخفض هذا المنكب ليصعد المنكب الآخر ثم يدفع بان ينزل منزلة ذراع القوة الرافعة تميل لان تحرك الابهام وتلزم الجنين بان يلتف على محوره الكبير حتى ان وضع الظهر يتحول الى الوضع الموافق له اى الوضع الظهرى العجزى للمنكب الايمن

وهذه الحركة تستدعى كثيرا من اللطف لان الرأس اذا لم يتبع الحركة التى انطبعت فى الجذع خشى تمزق النخاع العنقى او برمه بشدة فى الزمن الثانى من العملية فيحترس حسب الامكان من الوقوع فى هذا الخطر العظيم بدفع الصدر بعيدا الى الخلف والاعلى بحيث يعطى لتقوس المسطح المقدم للجنين عمق عظيم او يمسك الرأس نفسه اذا لزم ليقهر الوجه على التفاته الى الامام والاسفل

الثانى الوضع الرأسى الحرقفى الايسر * اليد اليسرى تمسك الطرف الايسر للقطر الاخرى المزدوج والاصابع تكون على الظهر والابهام امام المنكب الايسر لو القص والحافة الزندية ملتفتة الى جانب القمحدوة وفى مدة دوران الجذع على محوره القمحدوى العصعصى يجرب جذب الرأس فى هذه الحركة وتقريبه للحفرة الحرقفية اذا كان ذلك لازما وبالاختصار تفعل اليد اليسرى هنا كما تفعل اليد اليمنى فى الاوضاع المقابلة لذلك فتفعل فى اوضاع الظهر ما فى اوضاع الجانب الايسر وتتم العمل بالوضع الثانى من اوضاع القدمين

(الفصل الثامن)

(فى التحويل القدمى فى المجيء بالحوض)

الاعمال التى تفعل فى اوضاع الحوض ترجع تقريبا فى آخر العمل الى زمن الاستخراج من عملية التحويل فى اوضاع الرأس او الجذع فلذلك يكفى ان نزيد هنا بعض كلمات على ما قلناه فيما سبق لاتمام ما يخصنا هنا

فهو وان امكن استعمال اليد اليمنى بسهولة فى جميع الاوضاع المناسبة للانتهاء بالوضع الاول للقدمين ولا تستعمل اليسرى الا فى الاوضاع المقابلة لذلك الا ان الاحسن هنا العكس فيمكن باليد اليمنى فى جميع الاوضاع الظهرية الحوضية اليمنى دفع احدى الاليتين او هما معا نحو الحفرة الحرقفية اليمنى وتصيير الاوضاع المنحرفة اوضاعا مركزية ومسك الطرفين اى الرجلين من قسميهما المقدم بدون ان يضطر لاخذ هيئة متعبة واما اذا استعملت اليد اليسرى فلا ترفع بها المقعدة الا بعسر ويعسر حينئذ الوصول للقدمين لكونهما بعيدتين عن الفوهة واذا استعملت اليد المحاذية لجانب حوض الام الملتفت نحوه عقبا الجنين عند نزولهما فنصف الانكباب لليد يجعل الوجه الراحى للاصابع من الامام والجانب فيوجب ذلك يمنع ظهر الجنين عن ان يتجه نحو جانب الارتفاق العجزى الحرقفى بل يلتفت نحو التجاويف الحقية ويتأتى الجذب ايضا بالقوة التى تستدعيها الاحوال ولا تنال هذه المنافع اذا وضعت اليدان بعكس ذلك ومتى اريد الانتهاء بالوضع الاول للقدمين اعنى اذا كان

المسطح الظهرى للجنين ملتفتا نحو يسار الحوض او نحو العانة باستقامة او انحراف دخلت اليد اليسرى اما فى الاحوال المخالفة لذلك فتختار اليد اليمنى وفى هذا الفصل مبحثان

(المبحث الاول)

(فى التحويل القدمى فى اوضاع القدمين)

يعسر قبل انفجار الاغشية ان تميز اوضاع القدمين عن اوضاع المقعدة فلا يلتفت لها الا بعد هذا الانفجار فيمكن ان يدعى الطبيب فى حالتين من المهم عدم اشتباههما احداهما ان لا يخرج القدمان من الفرج وثانيهما ان يخرج الجذع كلا او بعضا ففى الحالة الاولى اذا جاءت القدمان مع الفوهة او كانتا فى المهبل فى مسكهما او جذبهما لتمتد الساقان والفخذان حالا وتصل الحرقفتان بسرعة الى المضيق السفلى فاذا لم توجد الا رجل واحدة فعل بعض اعمال لتوجد الاخرى ولا يعسر ذلك الا نادرا فاذا لم يوصل لذلك لزم ان تخفض الاولى وتثبت بواسطة عروة شريط ويخدم جانبها الانسى ليذهب منه ويفتش على الثانية التى يمكن ان توجد منقلبة نحو المقعدة او منثنية على البطن مع الساق والفخذ

وفى الحالة الثانية لم يفقد وجود الرجلين شيأ مخصوصا وما عليك الا جذب الاجزاء المختلفة التى لم تزل محوية فى باطن الام كما ذكرنا ذلك فى الكلام على التحويل فى اوضاع الرأس وهناك احتراس مهم فى جذب الجنين برجليه وهو انه عند جذبه فى الوقت الذى ينفذ فيه الراس من المضيقين يمكن ان القمحدوة تلتفت نحو جزء من النصف المقدم للدائرة الحوضية والانتباه لذلك سهل لا يخفى على النبيه اذا ذهب ليفتش على القدمين فى مجيء بالرأس او الجذع اما اذا جاء الحوض بنفسه للمضيق العلوى فلا يكون الحال كذلك لانه يمكن قبل مجيء الطبيب للمرأة ان يكون احدما رس جذبات فى حملها باتجاه ردى او قبل اوان لزومها وقد تتجه الحرقفتان ايضا قبل مجيء الطبيب الى الوحشية والوجه الى الامام

ووضع

ووضع القدمين اذ كان المسطح الظهرى للجنين متجها الى الخلف يحصل منه
ثلاثة احوال مختلفة احدها ان تكون القدمان فى المضيق العلوى او فى المهبل
وثانيها ان لا تكون الولادة التى تركت ونفسها مضاعفة بعوارض اولم يتحقق
منها لزوم مساعدتها باليد الا اذا اخرجت الاطراف الحوضية اى الرجلان
بل والحرقفتان قبل ذلك وثالثها ان يكون جرب التحويل فى وضع تام من
اوضاع الرأس اوالجذع فوصلت القدمان لكن لم تلتفت القمحدوة الى الامام
ففى الفرض الاول يلزم بعد مسك الساقين على حسب القواعد المذكورة
قريبا ان يجرب توجيه الظهر اولا نحو الارتفاق العجزى الحرقفى اوالحفرة
الحرقفية ثم نحو التجويف الحق وفى عمل كل جذب اذا قربت الحرقفتان
للمضيق العجانى يمسكان باليدين الممتدتين مع ذلك على الوجه الوحشى للفخذ
وفيما بين كل وجعين يدفع جميع الجذع كانه يراد صعوده اعلى عن المضيق
العلوى ومتى وجدت الرحم ممددة تمددا وقتيا ومهددة بالانقباض يجذب
الحوض دفعة ويجتهد مع ذلك فى ان يفعل ببقية جسم الجنين حركة استدارة
على محوره قال بودلوك فبهذه الكيفية تعظم الرحم اولا ومن حيث انها تجتهد
فى نفر يغها بسرعة فتفجأها بذلك فلا يمكنها ان ترجع على نفسها سريعا
لتمنع الرأس عن ان يتبع حركة الدوران المنطبعة فى بقية الجذع ويجدد هذا
العمل ثانيا وثالثا الى عشر مرات او خمس عشرة مرة على حسب الحاجة حتى
ان الوضع المقدم يبدل بالوضع الخلفى او يعلم عدم تيسر هذا الابدال فاذا نجح
ذلك لم يبق هنالك تعسر اصلا ويكون العمل كعمل وضع القدمين عموما لكن
سيأتى لنا قريبا ان بودلوك غلط فى ترجيح هذا العمل

فاذا ايس من النجاح ينبغى الصبر حتى يأتى الوجه من الاعلى فحينئذ يضاعف
الاحتراس لمنع الذقن من ان يبعد عن الصدر وينبغى ان تخرج الذراعان
وتخرج الخلفية منهما اولا بان يجذبا من الخلف الى الامام ومن الرأس
نحو الصدر ثم بعد ذلك حالا توجه اصبعان اوثلاثة من كل يد نحو طرفى المحور
القمحدوى الذقنى ويجتهد فى دفع الرأس ورفعه ليزيد خلاصه ثم يفعل فيه

حركة استدارة بهايتجه الوجه شيأ فشيأ الى الخلف فاذا فرض عدم امكان ادارة القمعدوة كما ذكر يجذب المنكبان والصدر بان يقلبا الى الخلف لا الى الامام بحيث يخرج الذقن والجبهة واليوافيخ قبل القمعدوة فاذا لم تنفع هذه الجذبات لزم وضع جفت الولادة

وفى الحالة الثانية مادام الرأس لم يصل الى المضيقين ينبغى ان يفعل ما يفعل فى الحالة الاولى اى انه يلزم دفع الجنين متى اريد ان يطبع فيه حركة استدارة نهايته ان توقع نجاح ذلك نادر

وفى الحالة الثالثة لا ينفع هذا العمل فيمكن اهماله واخراج الذراعين حالا اذا لم يخرجا قبل ذلك وبعد ذلك يتبع فى الرأس الوصايا التى ذكرناها قريبا فتوجه بعض اصابع نحو الذقن الذى يجتهد فى ادارته من اليمين الى اليسار مدة كون اليد الاخرى تفعل دفعات على احد المنكبين او على القمعدوة لتعين على الاستدارة التامة للرأس والجذع وهكذا

(المبحث الثانى)

(فى التحويل القدمى فى وضع المقعدة)

واذ قد علمت ان المجىء بالركبتين لا يحصل منه بالنظر لذاته تعسر فى الولادة ولم يغير شيأ من القواعد السابقة ولا من اعمال الممارسة وانه يكفى اصبع او بعض اصابع لاخراجهما او لان يعطى لهما وضعا منتظما اذا كانتا فى المهبل وان هذا الوضع غير داخل فى وضع المقعدة علمت انه يسهل دائما ارجاع وضعهما الى اوضاع القدمين فلا حاجة لتخصيص هذا المبحث بفصل مخصوص وانما نشرع حالا فى وضع الاليتين

فاليد اليسرى هى المختارة فى اوضاع المقعدة كما انها كذلك فى اوضاع القدمين متى كان الظهر ملتفتا كثيرا او قليلا الى اليسار وتختار اليد اليمنى فى الاوضاع المقابلة لذلك فالجنين من حيث انه منثن على نفسه ونخذيه وساقيه مرتفعات على بطنه فاذا خرجت الحرقفتان من الفوهة ونزلتا فى التقعير او فى المضيق السفلى تمسك الاربية الملتفتة الى الخلف باصبع او اصبعين حالة كون ابهام

ذلك اليد موضوعا على الوجه الوحشى للحرقفة المقدمة فاذا حصلت مقاومة
كان من النافع ابدال الابهام باصبع او اصبعين من اليد الاخرى فاذا لم يكف
ذلك ايضا ادخل الكلاب المحفوف فاذا كانت الاليتان متقدمتان ولم يمكن
دفعهما لاجل الذهاب للقدمين ولا جذبهما بالاصابع ادخل كما قال بوه عروة
شريط اعلى الاربيتين مع كلاب محفوف منقب لكن وضع هذه العروة وقوة
فاعليتها اقل سهولة وتأكيدا من ادخال الكلاب نفسه ومتى خرجت
الحرقفتان من الفرج كان الغالب سهولة مد الاطراف اى الرجلين واما بعد
ذلك فكالولادة بالقدمين * ويلزم الاجتهاد دائما فى مسك القدمين اذا لم تتمزق
الاغشية ولم تنزل المقعدة نزولا تاما بحيث لا يمكن دفعها الى اعلى المضيق
العلوى وكان الجنين منثنيا اى مقرفصا

ولاجل دفع الاليتين توجه اليد من تحتهما على الوجه الخلفى للفخذين وتوضع
الابهام على الحرقفة المقدمة وبقية الاصابع على الحرقفة الاخرى المقابلة لها
او يكتفى اذا كان الجنين زائد التحرك والارتفاع بوضع الابهام تحت جبهة
واطراف الاصابع تحت الجبهة الاخرى ثم يدفع الحوض نحو الحفرة الحرقفية
المحاذية لليد العاملة وبانزلاق اليد على الجانب الوحشى للرجل الملتفتة
الى العجز تمسك القدمان فتخفضان ليوصل لمسك القسم المقدم للساقين وتتم
الولادة كما فى الوضع المرافق لذلك من اوضاع القدمين اعنى الوضع الاول
اذا كانت اليد اليسرى هى المختارة والثانى اذا كانت اليمنى

وبالاختصار فالعمل فى الحوض لا يستدعى الادلالتين مخصوصتين احداهما
جذبه بالاصابع او الكلابات اذا نزل جدا ليمكن دفعه الى الداخل وثانيتهما
تغييره عن محله اذا امكن لتمر القدمان اولا ففى الحالتين اذا وقع العمل بيد
واحدة ملتفتة راحتها كانها تريد الانزلاق على بطن الجنين وصدره فان المولد
لم يحتج فى اهدائه الا لما سيذكر وهو ان الاصابع تذهب دائما حتى تكون على
الجبهة او الحرقفة المقابلة والابهام على نفس الاجزاء المحاذية لليد العاملة
فاذا كانت الرجلان منقلبتين على المسطح الظهرى لانهما ملتفتتين نحو البطن

لزم ان يعمل فى الفخذين كما يعمل فى الذراعين اذا اخرجتا من المضيق السفلى وتكون الابهام المثبتة فى الاربية نقطة الارتكاز وبقية الاصابع المتجهة نحو المابض هى القوة والركبة تلتزم بان تنخفض بواسطة جذب الساق فبذلك يلزم وصول الرجلين معا او متعاقبتين الى وضعهما الطبيعى وعلى اى كيفية كان مجيئهما يكون نزولهما مجتمعتين احسن من نزولهما منفردتين لكن اذا حصل تعسر زائد لم يكن من الحزم التدقيق فى مجيئهما معا فاذا اخرجت واحدة منهما كالمقدمة مثلا وكان لا يمكن تحصيل الاخرى لم يحصل من ذلك غالبا فى الولادة زيادة تعسر فيستعمل لذلك الجذبات مدة كون السبابة والوسطى او الكلاب متجهة نحو الاربية الخلفية كما قلنا قريبا فاذا كانت الرجل المقدمة هى المتروكة وحدها اعلى المضيق كان من المهم ايضا كما فى الحالة المقابلة لذلك ان تجذب قرب الاخرى لان هنا لا يسهل الوصول الى الاربية ولا سيما ان فعل الكلاب هنا غير نافع

(الفصل التاسع)

(فى تنبيهات عامة فى عملية التحويل)

قبل ان ننهى الكلام فى ذلك نذكر انه فى عمل التحويل بالقدمين ينبغى ان يلاحظ ان الرأس لا يجتاز فى حركة استدارته على السلسلة اكثر من ربع دائرة الا ويحصل خلع للرأس او جذب للنخاع خطر وان الرأس غالبا لا يتبع الجذع فى حركته الاستدارية وانه لا يمكن فى حال من الاحوال ان يؤكد انه دار على محوره بالتفات الظهر مثلا الى الامام بعد ان كان اولا ملتفتا الى الخلف وانه يوجب ذلك فى اى نوع كان من انواع العمل يخاطر يقينا بحصول خطأ ثقيل جدا اذا احرك جسم الجنين حركة استدارة زائدة عن ربع دائرة قبل ان يؤكد ان الرأس تحرك مثل ذلك ولما ثبت بالمشاهدة ان موت الجنين فى عملية التحويل بالقدمين يحصل غالبا من انقطاع الدورة سواء كان ذلك من انضغاط الحبل او من انفصال المشيمة ظنوا انه يمكن التحرز عن ذلك باحداث التنفس فى الرحم نفسه فبعضهم وجه اصبعين فى فم الجنين ليفتحه ثم ادخل فيه انبوبة

يدخلى منها الهواء واثبت نجاح ذلك بخمس مشاهدات وبودلوك الصغير الذى اوصى بذلك ايضا امر بقطع الحبل السرى ونقول ان التنفس طبيعيا كان اوصناعيا يعسر جدا تحصيله فى باطن الام وقطع الحبل قبل خروج الجنين يمكن ان يحصل منه خطر فهذه وسائط عديمة الفائدة

ولا ينبغى ان نترك هذا المبحث بدون ان نذكر شيأ فى كيفية بودلوك لتحويل ظهر الجنين الى الامام وقد ذكرنا تلك الكيفية عنه فى التحويل فى اوضاع القدمين ونبهنا هنالك على انه غلط فى ذلك ونذكر هنا بيان غلطه وذلك ان الرحم اذا كانت قليلة الحصر على الجنين كان العمل بتلك الكيفية غير نافع اما اذا كان الجنين محصورا فيها جدا فان الحركات التى تفعل عليه من الاسفل الى الاعلى لا تصل للرأس الا نادرا بل لا تغير الهيئة العامة للرحم بحيث لا تزيد حركات الجنين زيادة محسوسة وسوى ذلك انه اذا لم يؤكد ان بهذه الواسطة يمكن ان يصير دوران القمحدوة اسهل يكون من الواضح ان كلا من البطن والصدر بل والجزء العنقى من السلسلة لا يتحمل دائما هذه الانواع المختلفة من الضغط واللف المعرضة لهما تلك الاعضاء بالضرورة فلعل هذا من بودلوك اختراع عقلى لانه ناتج من المشاهدة * وذكر ميكاليس فى رسالة عملها فى التحويل وفى الولادة بالقدمين التى يكون ظهر الجنين فيهما ملتفتا لظهر الام ان النيساوين اوصوا بان ينتبه للجهة التى يسهل على الجنين الالتفات اليها وان يجتهد فى ان يؤتى بالوجه نحو العجز فاذا كان الرأس والذقن موضوعين تحت الارتفاق العانى لزم تغيير محل الرأس فى الحال لان انضغاط الحبل السرى يؤدى ولا بد لموت الجنين وهذا ايضا رأى مورسوس ولوفريت كبودلوك ايضا لكن قال ميكاليس وهذا التحويل لم ينجح فعله معى دائما فانى مع ممارستى له نحو ثنتى عشرة سنة لم يتيسر لى فعله ويعرف عسره اذا وجدت الرحم عند التفتيش على الجنين منقبضة جدا وسالت المياه كلها انتهى فاذا اجتهد فى توجيه الوجه نحو العجز لم يحصل من ذلك الفعل الا ادارة العمود الفقرى بدون ان يحصل تأثير

على الرأس

وهذه الاوضاع الكاذبة تنشا غالبا من اتجاه ردئ اوتشوه معيب في الرحم التي هي في النساء المعلقة بطونهن مقوسة تقعيرها ملتفت نحو العمود الفقري او الحجاب الحاجز وتحديبها من الاسفل او الامام واذا فرض انه يمكن ادارة رأس الجنين بالتأثير على الاليتين لكن يخاف من كون الذراعين تأخذان ايضا وضعا غير مناسب بان تصالبان القفا مثلا فتأخذان موضعا بين العانة والرقبة فاذا لم يمكن التأثير الا على الاليتين والمنكبين نزل الرأس غالبا في المهبل ويكون الوجه من اعلى ولذلك يلزم ان تترك الحركات العنيفة اذا لم يفعل التحويل بسهولة

وينبغي ان يحترس ايضا مدة هذه العملية على امور الاول ان يتحرز من ضغط الحبل السري الثاني من المجيء بالذراعين الثالث ان ينزل الرأس في وضع مناسب فالحالة الاولى نادرة لان الحبل ينزلق الى اليمين او اليسار ولا يبقى مثبتا في طرف الذقن وممارسة عملية التحويل هي التي تطيل انضغاطه هنا وبموجب ذلك يكفي ان يبعد هذا الحبل عن العانة حذرا من حصول الاخطار التي تنتج من ذلك

وفي بعض الاحيان تنزل الذراعان بنفسهما اذا لم يحصل الوضع بسرعة فاذا لم تنزلا لزم تخليصهما بادارة الجنين على جانبه وقد ينزل الرأس في هذا الوضع بسهولة كما في غيره من الاوضاع وقد ينزل الذقن خلف احد الفرعين الافقيين للعانة فحينئذ يسهل التحويل الى الوضع القمحدوي المقدم والغالب انه يبقى مشبوكا في الارتفاق غير ان الجزء المقدم من الرقبة الموضوع على هذا الارتفاق يسمح للقمحدوة بان تنزل في المهبل فحينئذ يلتفت الوجه اولا نحو جانب الحوض ثم نحو العجز وتكون الولادة مشابهة للتي تحصل في الاحوال الاعتيادية

والاعتراضات التي ترد على هذا الرأي هي ما سيذكر الاول قالوا ان الجنين يمكن ان يموت من انضغاط الرقبة وحدها لكن هذا الانضغاط لا يحصل على

القصبة الرئوية لان المولد ينبه لرفع الجنين على بطن امه فالرقبة لاتبقى هذا الابعض دقائق فى وضع يطول ساعات كثيرة فى الجى بالوجه الثانى انه لايعول على القوى الطبيعية الا تعويلا يسيرا واجاب ميكالدس بانه متى استعمل الجفت فى احوال شبيهة بذلك نزل الرأس بسهولة بحيث كان يتأسف على عدم ترك ذلك للطبيعة تقدما ويوضع الجفت تابعا اتجاه الرقبة ويلزم ان يرفع مساعد جسم الجنين افقيا وان يكون وضع الآلة تحت الجنين فان اعترض بان القمحدوة يمكن ان يوقفها النتو البارز يجاب بانه لم يكن عنده امثال لمثل هذا التعسر فيلزم ان ينظر هل الاسهل اخراج القمحدوة او الذقن فاذا دفع الذقن لاعلى الارتفاق تحقق دائما ان الجزء الخلفى من الرأس خرج عن النتو البارز

والحاصل ان فى حالة التحويل او الولادة بالحوض اذا دار الطفل ادارة غير جيدة لا ينبغى معارضته الا اذا تحقق انه لا يحصل فى العمود الفقرى ولا فى العنق التواء لان ذلك قد يحصل فى هذا الوضع الكاذب واما الرأس بخصوصه فلا ينبغى فعل ذلك فيه لمنع حركته الكاذبة فما دامت القمحدوة والذقن فى ارتفاع واحد امكن خفض الذقن كما فى الحالة الاعتيادية اما اذا نزلت القمحدوة فى العجز فانه لا يصح دفعها ويمكن ان تتم الولادة بهذه الكيفية فاذا نزل الرأس كله فى التقعير لم يصح دفع القمحدوة الى الاعلى لانه لاشئ اسهل من تتميم الولادة بواسطة الجفت فيلزم وضعه بحيث يكون تحت جسم الجنين قال المؤلف وهذا الرأى الذى نبهت على جزء منه فيما سبق يستدعى انتباه الممارسين

وعملية التحويل فى حالة ازدواج الجنين ليس فيها شئ مخصوص سوى ماذكر فى فصل الحمل والجنين وعسر الولادة وبعضهم اوصى حينئذ بالتحرز من اشتباه اغشية اجنة مختلفة لكن ليس هذا الاحتراس بنافع فان كل جنين له غلاف مخصوص فلا يخاف من اختلاط الاغشية الا فى حالة نادرة جدا وهى ان تتمزق اغشية الاجنة المتضاعفة معا على ان عدد الاجنة يعد ان يستدعى دائما فى نفسه استعمال التحويل وقد ذكر لاكرواس ان امرأة فى سن ثنتين وثلاثين

سنة ولدت اربعة اجنة احياء فكان وزن الاول خمسة ارطال ونصفا والثانى اربعة وربعا والثالث ثلاثة والرابع رطلين وبعض آواق والاربع كن مؤنثات وجئن كلهن بدون استعانة صناعية

(الفصل العاشر)

(فى المجيء بالذراع)

خروج الذراع لا يقوم منه بالنظر لنفسه وضع مخصوص وانما هو تضاعف لاوضاع اخر سيما المجيء بالمنكب وقد شوهد لكن على سبيل الندرة مجيء الذراعين معا للفرج وكان السبب فى نزولهما معا حصول انعمال من المولد غير مناسبة وقد تنزلان فى بعض اوضاع الظهر او القص وقد توجد احداهما فى الفرج والاخرى تكون منحصرة فى عنق الرحم وزعموا انه قد يستشعر بهما فى الفوهة مع القدمين ايضا بحيث ان بعض المولدين جذب مرة يدا ورجلا معا وشوهد ايضا مجيء يد ورجل ووجه معا وقد تسبق اليدان الرأس فى المضيق العلوى واحيانا فى المضيق السفلى وكما يدل فى الغالب وجود الذراع او اليد على المجيء بالمنكب يجوز ايضا ان يكون مضاعفا لاوضاع الرأس او الحوض وبالجملة فالمجيء بالذراع كثير الحصول واسبابه هى الحركات التى تفعلها المرأة والاضطرابات التى تكابدها فى آخر الحمل والشكل المعيب للحوض والانفعال الغير المتساوية للرحم وعدد الاجنة وتشوهاتهم

(المبحث الاول)

(فى تاريخ هذا المجيء وفى الحكم عليه)

لم يكن شيء افزع عندهم سابقا من المجيء بالذراع فى زمن الطلق واستمر ذلك الى هذا القرن الاخير بل عامة الناس فى زمننا هذا يظنون انه فى غاية ما يكون من الخطر وسبب خوفهم من ذلك ما كانوا يظنونه سابقا الى زمن لوفريت من عدم امكان الدخول فى الرحم بدون ان تدخل الذراع قبل ذلك وضعف الوسائط التى كانوا يستعملونها لهذا العارض وخطرها فان بعضهم اوصى فى ذلك بوضع الجليد فى يد الجنين وبعضهم بقرصها او تقرها بالاصبع الوسطى

ليضطر لجذبها وآخرون اخترعوا آلات لدفع الذراع لاعلى المهبل بل لادخالها احيانا فى تجويف الرحم وكان الغالب عدم نفع تلك الآلات فتنتفخ الذراع ويكون انتفاخها مانعا من دخولها من الفوهة فكانوا لاجل اسعاف الام يستحسنون جذب الذراع حتى ان الجنين يتقادويأتى منثنيا اويقلعون الذراع من اصلها امابنزعها من المفصل بقطعها اوليها حتى تنزع فلذلك اوصى باريه بان تشق اولا الاجزاء الرخوة من تحت المنكب شقا مستديرا ثم تستعمل الكماشة القاطعة ليكسر بها العظم وموروسوس اوصى بليه كما يفعل فى اخراج فرع شجرة من الارض وبعضهم اوصى بفعل نشاريط عميقة فى الجزء المنتفخ لينقص حجمه ولاشئ من ذلك مقبول الآن فان يد المولد وذراع الجنين لايبلغان حجم الرأس والذراع العظيمة الحجم لاتمنع ازلاق اليد فى الرحم وتوصيل الجنين حيا بل الذراعان ايضا لاتمنعان التفتيش على القدمين وقطع الخارج منهما اوكليهما خسارة غيرنافعة قال دانمان انها لاتكون ابدا ضرورية ولانافعة * قال المؤلف ونحن مع ذلك لاننكر ان فصل طرف خرج قبل اوان خروجه عن الجذع قد يكون نافعا لتيسر النفوذ فى الرحم بسهولة وانما الاضطرار لذلك قليل وان كان الجنين ميتا مالم ينزل المنكب والصدر الى الفرج

والظاهر انهم غلطوا فى حالة الاعضاء فى مثل هذه الحالة لان الذين تشاجروا فى هذه المسئلة ظنوا ان التعسر انما هو من عنق الرحم وهذا غير صحيح فان العنق اذا كان منقبضا وحده بحيث اختنق اصل الذراع منه عولج ذلك بالفصد والاستحمامات والمرخيات والمركبات الافيونية والبلادونا والمعالجات القوية الجيدة الاتجاه لكن يندران يكون ذلك هو السبب وانما الغالب ان الرحم تنقبض كلها وتصير كانها ملتصقة باجزاء الجنين على هيئة الكف الذى يلبس فى اليد فان الفوهة الباطنة تأتى بعد الفوهة الظاهرة ثم دائرة ثالثة للرحم ثم رابعة ثم خامسة وهكذا وهذه كلها يلزم قهرها * وكثيرا ما يضطر لقهر ممانعة مرور الاصابع او اليد فى تجويف الرحم خطا خطا وجزأ جزأ

من القحمة السفلى الى عمق العضو او من منكب الجنين الى قدميه ومن النادر ان يكون اشد الانقباض فى الفوهة المهبلية للعنق * قال المؤلف وقد اتفق انى وجدت العائق ثلاث مرات فى محاذاة الفوهة الباطنة ووجدت مرة اخرى ان العنق انحنا انشديدا هو اصل الفخذين بحيث خشيت تمزق قعر الرحم عند التفتيش على القدمين فالنفوذ من العنق حينئذ هو الجزء الاضعف من العملية وانما اكثر ما يوجد من التعسرات العظيمة يكون فى غير ذلك نعم نقول ان قطع الذراع فى مثل هذه الحالة يخلص المهبل بل ومدخل العنق اذا كان منقبضا ومكونا لحوية على الذراع غير ان الاجزاء الاخر من الرحم لا يحصل لها ارتخاء اصلا وتكون هى المانع فالتعسرات التى تحصل فى عملية التحويل بالنظر لذلك تبقى كلها وبالجملة فقد ذكروا اوجها لسهولة عملية التحويل بقطع الذراع وذلك لان نقطة الارتكاز التى تكونها الذراع للانقباضات الرحمية فى العنق من حيث انها لا تعدم اذا قطع الذراع يكون تغيير الجنين محله اسهل فالحركات العنيفة التى تفعلها اليد فى الصدر تدفع عند ذلك هذا الجزء من الجذع مع غاية السهولة وهذا الانزلاق فيه فى تحرك الجنين وتغذ جزء منه من المضيق العلوى الذى كان هو مشحونا فيه قلت معارضته بعد ذلك لادخال اليد والتفتيش على الرجلين فبالنظر لذلك يكون بتر الذراع مساعدا لعملية التحويل اما اذا كان المراد منه سهولة وصول اصابع المولد للعنق فهو قليل المنفعة فى ذلك بل عديمها بالكلية

وفى المسئلة بحث آخر من جهة اخرى وذلك انه اذا لم يكن وجود الذراع هو المانع الرئيس ولا ان طبيعته تصير عملية التحويل غير ممكنة فاقله ان يوافق وضعا يمكن ان يحصل منه خطر للام والجنين فينبغى بموجب ذلك ان يقابل هذا الخطر بالاخطار التى تحصل من عملية التحويل القهرى مع قطع الذراع او عدم قطعه فان الحركات العنيفة التى تفعلها المرأة تعرض لرض الرحم والتهاباتها بجميع انواع الالتهاب وموتها ولينها وخصوصا تمزقها ومن النادر ان يوصل للقدمين بدون ان ينهرس الصدر او البطن من الجنين الذى ادارته

يصحبها ايضا جذب وهرس بيتانه دائما قبل ان تتم عملية التحويل
واما بتر الذراع الذي يسهل وضع الصدر قليلا ويوجد نوع حياة في الرحم
فانه وان كان لا يزيل جميع هذه الاخطار الا انه يمنع حصول بعضها
وبالاختصار فالذي نراه اولى هو حفظ الام اكثر من حفظ الجنين وذلك
لانه اما ان لا يمكن قهر انقباض الاجزاء المختلفة من الرحم وفي هذه الحالة
لا يتصور ان الجنين لم يزل حيا او يمكن ان يبقى حيا واما ان تحفظ حياة الجنين
وفي هذه الحالة يمكن نجاح عملية التحويل بدون قطع وهل المناسب في الحالة
الاولى الالتجاء لقطع الذراع هذا الانظنه ولا نعول به فان الجنين من حيث انه
ميت او مات من العمل ينبغي استخراجه بطريقة لكن بحيث يقل تعرض المرأة
للخطر حسبما امكن * قال المؤلف فيوجب ذلك تترك عملية التحويل ويجتهد
في بسط الجنين او تعمل له عملية قطع الرأس وينبغي ان يجرب على التعاقب
ما امر به بعضهم من جذب الذراع او مرور عروة شريط تحت الجذع او وضع
الكلابات المحفوفة على اعلى الصدر لينزل بذلك البطن او الاليتان بل او الرأس
ايضا اذا كان فيه ادنى ميل للخروج فاذا تحقق عدم نفع ذلك يوجه لاصل الرقبة
مشرط طويل مستقيم او معوج ذو زر او مقراض كبير او سكين بسيط يكون
سنه وحده تابعين في جميع سيرهما لاصبع او اصابع من يد الجراح ثم تتم
بالكلاليب المحفوفة والجذبات فصل السلسلة فيستخرج الجذع بواسطة كلاب
وتجذب الذراع او الذراعان معا ثم تدخل اليد او جفت الولادة في الرحم
حالا ليستخرج الرأس بذلك لكن من المعلوم ان لا يعمل ذلك كله الا اذا علم موت
الجنين لا من حجم الذراع ولونه ومنظره الغنغريني بل من طول مدة الطلق وقوة
الانقباضات الرحمية وسعتها واستدامتها ورخاوة الحبل السري وعدم ضربانه
وان يتحقق ايضا عدم نفع عملية التحويل او خطرها وكذا غيرها من بقية الوسائط
التي مدحوها الى الآن لعدم تعريض حياة الجنين للخطر واما تمزيق الاحشاء
وجذب الجنين بآلات وفصل الجزء الخلفي من الجذع فهي اقبح الوسائط
ولا تستعمل الا عند اليأس

(المبحث الثانى)

(فى كيفية العمل فى المجيء بالذراع)

وهاهى كيفية العمل باختصار اذا جاءت يد او ذراع للفتحة سواء امام المنكب او مع الرأس او مع القدمين فاذا جاءت يد الجنين للفرج وامكن تأكيد كون المنكب المحاذى لها فى المضيق العلوى لم يخف من ذلك ولم يلزم دفعها الى الداخل وانما تثبت بعروة ثم يدفع المنكب الى الداخل ويفتش على القدمين وكأنه لم يكن هنالك تضاعف اصلا فكلما جذبت الرجلان صعدت الذراع الى الاعلى وتخدم العروة بجذبها زمن جذب القدمين اذا عمل التحويل ويمكن ان يجتهد ايضا فى ايصال الرأس فان هملتون قال اذا جاءت ذراع ينبغى دفعها الى الباطن وتحفظ مرتفعة حتى ينزل الرأس.

مجيء الذراع مع الرأس * ليس هذا سببا ثقيلا لعسر الولادة نعم هنالك احوال منه يتعوق فيها سير الولادة فيلزم اذن ازالة هذا التضاعف فاذا نودى للطبيب قبل نزولها من المضيق العلوى امكن بدون مشقة ايصال الجنين الى الرحم وحفظها هنالك ببعض اصابع مدة نفوذ الرأس ونزوله فيكون التفتيش على القدمين حينئذ غير نافع خلافا لما امر به بعضهم هنا اما فيما بعد ذلك فانه يحصل فى ذلك تعسرات عظيمة بل فى بعض الاحوال يكون غير ممكن بالكلية فحينئذ يجتهد فى ازلاق الذراع النافذ على جانب الجبهة وعلى الارتفاق العجزى الحرقفى او الحفرة السادة الباطنة لاقل انضغاط لكن اذا عرض تعسر جديد يحوج لانتهاء الولادة وضع جفت الولادة بدون التفات لوجود الذراع واما ما امر به دولاموت من فعل عملية التحويل اذا جاءت الذراع مع الرأس وكانت منتفخة ومحجوزة فى اثناء الحوض فذلك لان فى زمنه لم يكن جفت الولادة معلوما

مجيء اليدين مع القدمين * هذا الوضع على فرض وجوده لا يمكث زمنا طويلا لان الانقباضات الرحمية تقهرهما على ان ترتفعا وتنزل المقعدة وزيادة على ذلك انه يكفى لعدم الخوف من ذلك عدم اشتباههما بالرجلين وجذب هاتين حتى تنزل الحرقفتان * قال المؤلف وعندنا مثال غريب لجنين جاء

بقدميه.

بقدميه ويديه ورأسه معا وخوج بذلك كله

توصيل الذراع الاخرى * اوصى بعضهم اذا كان الذراع والمنكب ما لثين بالضبط للفوهة بحيث لا يمكن ايصال يد الطبيب للقدم ان يبدأ اولا بتنزيل الاخرى ليسهل الوصول بعد ذلك للرحم وبحث آخرون فى ذلك وقالوا ان الذراعين يلزم ان تشغلا مسافة اكبر من المسافة المشغولة بواحد فاذا اوصل الثانى للفوهة زاد العائق واذا امكن وصول يد الطبيب للذراع التى لم تخرج سهل فى الغالب وصولها للقدمين لكن نقول قد تكون الذراع قريبة للفوهة بحيث يمكن مسكها ببعض اصابع بخلاف القدمين فانهما يستدعيان ادخال اليد كلها بل الغالب ادخالها العمق عظيم والتابعون لهذه الوصية بينوا كيفية الحركة التى تحصل من ذلك بانه اذا جذبت الذراع الثانى صعدت الى اعلى المنكب الذى كان فى الفوهة وتحول الشكل الى وضع المسطح القصى فالجنين يدور على محوره وينطلق المنكب من الاحتباس الذى كان عليه فى التقعير * قال المؤلف وربما نتج من ذلك فى بعض الاحوال منفعة فى سهولة نفوذ يد الطبيب وفى بقية العمل

واذا جذبت الذراع فلتوضع كما قال دائما ان الابهام والسبابة تحت الابط على هيئة عكاز او نقول على رأى بعضهم برفع جزء من الذراع فى الرحم بان يوضع الابهام على الجزء الخلفى للمنكب فى فترات الاوجاع ويحفظ الذراع والرحم على اعلى العانة وتتم الرحم ما بقى من العمل وتكون عملية التحويل حينئذ غير نافعة كما قال هذا القائل وأكد ان ذلك ناجح دائما * قال المؤلف واظن ان هذه واسطة لا ينبغى اهمالها

واذا لم يحصل من ذلك نجاح ينبغى قبل تقطيع الارجل اذا لم يكن هناك عوارض ثقيلة ان تستعمل المرخيات والافيون وحقن الرحم بالماء او بمحلول خلاصة البلادونا بل والفصد كما قيل وان كان الظاهر انه قليل النفع هنا وفى بعض احوال المجىء بالذراع قد تتم الولادة بتقطيع الجنين لاجل حفظ حياة المرأة فتفصل الذراع من الجسم ثم يثقب الصدر ويثبت كلاب فى الحوض

اوفى الجزء السفلى من سلسلة الجنين ثم يخرج الجنين بواسطة الجذبات ولكن مادام الطبيب لم يتأكد عند موت الجنين لم يصح له احداث آفة فيه فاذا لم يمنع وجود الذراع من ادخال يد الطبيب اتبع ماقاله بعضهم من فعل العملية القيصرية المهبلية فانها احسن من تقطيع الجنين وهذا هو رأى المؤلف اذا كانت المقاومة فى عنق الرحم فقط غيران فعل شقوق فى جهات من هذا المحل يمنع انقباضات الباقى من العضو فن الغلط الامل فى مثل هذه الواسطة فان كان الجنين ميتا لزم ايضا ان يفعل ماذكر ويستعمل الفصد والاستحمامات اوالحقن والمراهم وجميع المرخبات والمسكنات قبل ان يجزم بتجزيقه اوفصله الى اجزاء

(الفصل الحادى عشر)

(فى قواعد مختصرة كلية فى عملية التحويل)

الاولى جميع اوضاع الرأس ترجع فى العمل الى وضعين الثانية جميع اوضاع الجانب تنسب للزمن الثانى من عمل اوضاع الرأس الثالثة جميع اوضاع الظهر والقص يلزم ان ترجع الى اوضاع المنكب الرابعة جميع اوضاع المنكب تتحول اولا الى اوضاع القدمين الخامسة لم يكن هنالك فى الحقيقة لعملية التحويل الا وضعين من المهم دراستهما جيدا وينبع ذلك ان هنالك كيفيتين فى العمل يلزم معرفتهما جيدا السادسة لما لم يختلف هذان العملان الا من حيث كون كل منهما يستدعى يدا مخصوصة وان اليد اليمنى فى الحقيقة لاتعمل عملا غيرما تعمله اليد اليسرى كان جميع اعمال الولادة راجعا فى الواقع الى القواعد التى ذكرناها فى الكلام على عملية التحويل بالقدمين فى اوضاع القمة

(القسم الثانى)

(فى جفت الولادة والرافعة)

(الفصل الاول)

(فى جفت الولادة)

جفت

جفت الولادة آلة يمسك بها الجنين فى الرحم ليجذب الى الخارج ولم يعلم بالضبط مخترعه وانما استعمل فى زمن ابن سينا ما يشبهه لاخراج الجنين الميت وذكر ابو القاسم الزهراوى ايضا جفتا ذا اسنان وذكر رويف جفتا كان يستعمله لاخراج عظام الجمجمة منفصلة لكن اى نسبة بين هذه الآلات الغير التامة التى لم تستعمل فى الاجنة الاحياء والآلات المستعملة فى زمننا هذا والمظنون ان عائلة شمبرلان بلوندرة كان عندهم من اسرارهم شيأ من ذلك يتممون به الولادة العسرة حتى ان احدهم جاء الى باريس ليفتخر على اهلها بآلته غير انهم لم يأخذوه بالقبول فرجع ولم ينل منهم نجاحا وبالجملة فوجوده فى الزمن السابق غير محقق وانما اشتهر ظهوره ومنفعته فى ابتداء القرن الثامن عشر العيسوى وحصل فيه تنوعات كثيرة فكان اولا مكونا من ملعقتين مصمتين او منقبتين تدخل كل منهما على حدتها فى الحوض وكان انحناؤهما قليلا ثم زيد فيهما تقوس مزدوج ليسهل تصالبهما وظن بعضهم ان الاولى اتخاذ جفتين احدهما قصير جدا ليمسك به الرأس النازل فى التقعير والآخر اطول منه ذو حافة مقعرة ليدخل للمضيق العلوى *واما جفت لوفريت الذى اشتهر فى زمنه فكان مركبا من فرعين احدهما يسمى الفرع المذكر الذى استحسن المؤلف تسميته بالفرع الايسر وثانيهما يسمى الفرع المؤنث الذى سماه بالفرع الايمن وملعقة كل منهما منقوبة بثقب عريض وفيها عرف مخفوف على محيط وجهها المقعر ويوجد فى احد جوانبها تقوس يوافق تقوس الحوض او محاوره ويد هذا الجفت معدنية اقل طولا من الملعقتين وتنتهى بكلاب مسطح منحن على شكل منقار عكاز وفى محل تصالب الفرعين يوجد فى احدهما مدار وفى الآخر ثقب واذا ادخل المدار فى الثقب ثبت الفرعان ثبوتا متينا ولا ينزلقان عن بعضهما *وجفت بودلوك لا يختلف عن جفت لوفريت الا فى كونه اطول منه قليلا ونوعه كثير من المولدين والقوابل لغير ذلك كمجر بير ودبواس حتى بلغ الآن نحو مائة نوع

وجميع جفوت الولادة ينال بها المقصود منها وهو استخراج الجنين *قال المؤلف

ولكن انفعها جفت لوفر يت ونوعه كثير من الاطبا وادعى تكميله بذلك مع ان تلك الدعوى انما كانت من شباب ليس فى طاقتهم ذلك كما ادعوا ذلك فى العمليات الجراحية وانما المدار فى ذلك كله على الممارسة والمهارة من الطبيب فالذى نختاره هو جفت لوفريت ونوعه بجعله خاليا من العرف الذى فى وجهه المقعر ومصقولا فى طرفه ومنتهيا بكلابين مجوفين ولاجل حفظ قوته وخفته تجعل فرعاه منكسرين بحيث يمكن انثناؤه ويسهل حمله واما رادفور الذى من القواعد عنده ان توضع الملعقتان دائما جانبيتين فاخترع آلة لا تشبه غيرها فرعاها مقوسان على جانبهما كما فى جفت لوفريت ويتصالبان او ينضمان بكيفية انضمام فرعى الجفت الصغير لسميلى واما ملعقتاه فطويلتان جدا واحداهما التى يلزم وضعها على الوجه مستقيمة على سطحها وثانيتهما التى يلزم وضعها على القمحدوة مقعرة كما فى الجفت الاعتيادى وهذا الجفت وان كان نافعا فى بعض احوال مخصوصة الا ان جفت لوفريت يقوم مقامه بدون ان يقوم مقامه غيره

(المبحث الاول)

(فى احوال استعمال جفت الولادة)

الاحوال التى تستدعى استعمال الجفت كثيرة ويصح ان تقسم الى رتبتين الاولى لا يمكن ان يستعمل فيها غيره من الوسائط واما الثانية فيمكن فيها عمل التحويل او غيره من الوسائط اذا لم يرد استعمال الجفت وقبل معرفة هذه الآلة كان المولدون اذا لم يمكنهم اتمام الولادة باليد لا يستعملون من الوسائط الا تقطيع الجنين او بعض عمليات ثقيلة يعملونها فى الام واما الآن فيندر اماتة الجنين وايقاع الام فى الخطر لان الغالب ان الجفت المذكور لا يحوجنا الى مثل هذه العمليات المهلكة * وقد ذكروا من القواعد الكلية ان الجفت يلزم استعماله فى امور اولها اذا كان الرأس عظيم الحجم سواء كان العظم مطلقا او نسبيا لينفذ من المنافذ بدون ان تعرض المرأة للخطر وثانيها اذا كانت الرحم فى حالة خمود ولم تنفع الوسائط الموقظة للانقباضات وانحصر الرأس بحيث لم يتيسر دفعه

الى اعلى

الى اعلى المضيق العلوى وثالثها اذا اضطر لاخراج الجنين لعارض ما ونزل الرأس قبل ذلك فى التقعير ولنذكر كلا من تلك الاحوال على حدته

الاول ان يكون الرأس عظيم الجم * تقول فى ذلك حيث علم من تجريبات بودلوك وغيره ان الرأس اذا اخذ خارج اعضاء المرأة وضغط باجود الجفوت ضغطا قويا لم ينقص من حجمه الا ثلاثة خطوط او اربعة اتضح من ذلك انه اذا امسك فى باطن الحوض وضغط من محال مختلفة لم يكن من الحزم التعويل على كون التناقص عظيما وانما ينال ذلك اذا وضعت الآلة على طرفى القطر الجدارى المزدوج وحيث علم عسر وضع ملعقتيه على الجزء المراد بالضبط مع كون سمك كل منهما خطا ونصفا يكون الغالب على الظن بمقتضى ذلك ان وضعه على الرأس الكبير الجم لا يعين اعانة عظيمة على خروجه من الحوض بمساعدة الانقباضات القوية والاعمال الشاقة الجيدة الاتجاه من المرأة كالتزحر بل بالغ بعضهم حيث قال لا يعول على الجفت فى تنقيص حجم الرأس اصلا وذكر بعضهم انه نال به نقص ستة خطوط * قال المؤلف وقد وصلت مرتين باستعمال جفت غير قوى الى نقص خمسة خطوط بل ستة وزعم بعضهم انه نال بذلك نحو قيراط واما استعماله فى المضيقين فان الغالب انه اذا انضمت الاعمال القوية للطبيعة والمرأة الى اعمال الجفت تسطح رأس الجنين ولا ينكر ايضا ان جذب الطبيب المولد يكون حينئذ قوة مساعدة للانقباضات الرحمية والبطنية وقد ولدت امرأة على يدى بواسطة الجفت مع فعل جذبات قوية حسب الامكان بحيث نقص حجم الرأس نقصا عظيما وفى الولادة الثانية لهذه المرأة جاء الجنين بالحوض ولم يخرج الرأس من المضيق العلوى حتى انضغط اكثر من ثمانية خطوط فى عظم الجدار الايمن وفى الولادة الثالثة لها استعنت بالجفت واحتجت ايضا لفعل الحركات العنيفة فى الرأس بدون حصول انخساف فى الجمجمة فعلم من ذلك ان الجفت قوة عظيمة تنضم للقوى التى تحتوى عليها البنية واستعماله ينقص حجم الجمجمة

الثانى ضعف قوة البنية * خمود انقباضات الرحم اى عدمها من جملة الاحوال

التى يكثر فيها استعمال الجفت فاذا عسر نفوذ الرأس من المضيقين وهبطت قوى المرأة بحيث عدمت حركاتها القوية لم يشك احد فى منفعة الجفت حينئذ وفى قوته لكن لا يكون الامر كذلك اذا كان هنالك مجرد خمود بدون تضايق فى الممرات فى المضيقين فهنالك يجتهد فى ارجاع فعل الرحم ولا يستعمل الجفت الا بعدان يؤمر باستعمال الشيلم المقرن بكمية مناسبة

الثالث وجود العوارض * اذا جاء الجنين بالقمة او بالوجه واحتيج لاتمام الولادة بسرعة بسبب وجود عارض من العوارض السابقة التى تصحبها لزم احد شيئين الاول اذا انفجرت الاغشية وسالت المياه من زمن طويل وكانت الرحم ملفوفة على الجنين بقوة ووصل الرأس للتقعير او اقله ان يكون دخل فى المضيق العلوى لم يكن هنالك شئ يقوم مقام الجفت * الثانى اذا اتسع العنق ودخل الرأس وانفجر الجيب الامنيوسى جاز فى الحقيقة وضع الجفت لكن من حيث ان الجنين لم يزل متحركا يصح ان يفتش على القدمين وفى هذه الحالة لم يتفق المولدون على شئ واحد فبعضهم مثل لوفريت وسميلى وفلامان يرى ان استعمال الجفت انفع من عملية التحويل وبعضهم مثل لشبيل وديرزموس بل وجميع المستجدين يرون عكس ذلك * قال المؤلف واظن ان كلاهما غير صواب فان فلامان قال ان الجفت اقل خطرا للجنين من عملية التحويل بالقدمين وانه يلزم تفضيله فى جميع الاحوال التى لا يحصل فيها زيادة تعسر انتهى وهذا صحيح غير انه ذكر قاعدة اخرى خطرة حيث قال ان التحويل واستخراج الجنين بالقدمين ليس ضروريا فى معظم الاحوال وان الجفت ينبغى تفضيله على ذلك دائما مهما كان تحرك الرأس وارتفاعه فى اعلى المضيق البطنى انتهى مع ان من المعلوم عند جميع المولدين ان الرأس القابل للتحرك يغير محله عند دخول كل فرع من فرعى الجفت فيعسر مسكه غالبا لذلك وانه اذا امسك لم يعلم بالضبط هل عانقت الآلة نفس القطر القمحدوى الجبهى لما ان الاصابع لم تصاحبه فى الدخول فيكون دخوله فى تجويف الرحم حسبما اتفق وان المرأة تعرض حينئذ لاخطار كثيرة بخلاف ما اذا فتش على

القدمين

القدمين ولو مع تعسر فان الاخطار التي تعرض لها المرأة حينئذ اقل مما سبق على ان من المعلوم الذي لا ينكروان نسي في زمننا هذا ان الخطر الذي تعرض له المرأة في عملية التحويل بالقدمين وان كان اقل هنا بالنسبة للمرأة الا انه ليس كذلك بالنسبة للجنين فانه كثيرا ما يهلك في هذه العملية بخلافه في وضع الجفت وضعا لائقا فانه يقل تلفه فالاسلم حينئذ التوسط بين هذين الرأيين وهو ان يختار الجفت اذا كان الطبيب ممارسا الكيفية وضعه بحيث لم يتعسر عليه ذلك ولم يخش حصول جرح للمرأة اما اذا كان الرأس مرتفعا الى الاعلى جدا اوزائد التحرك بحيث يسهل مسكه ولم يكن هنا لمانع عارض التحويل الصناعي للجنين فلا بأس باستعمال اليد لتجذب بها القدمان

(المبحث الثاني)

(في الاجزاء من الجنين التي يمكن وضع الجفت عليها)

لا ينبغي وضع الجفت الاعلى رأس الجنين اذا كان حيا الاعلى غيره خلافا لبعضهم في تجويزوضعه على الحوض مع ان الحركات العنيفة التي تفعلها الملعقتان قد تكسر عظام الحرقفة ويحصل منهما رض في الرجلين وتمزق في الاحشاء فيموت الجنين ولا بد على ان الكلابات المدفوفة او الاصابع انفع منه حينئذ فالرأس هو الجزء الذي يوضع عليه الجفت وقدامر معظم المؤلفين من الفرنساويين في وضعه بان توضع ملعقتاه على طرفي القطر الجداري المزدوج ويكون محوره موازيا للقطر القمحدوي الذقني وتتعبرحوافيه ملتفتا نحو القمحدوة ماعدا الاحوال التي يكون مجيء الرأس فيها بالاوضاع الخلفية واختار بعضهم انه اذا كان الرأس داخلا بالعرض في المضيق العلوي صح مسكه من القمحدوة والجبهة اولا لينزل في التقعير فيمسك بعد ذلك باحسن مايكون غيران هذا الرأي غير متبع الآن مع ان ذلك الدخول نادر الوقوع واما النمساويون والبروسيون والموسكوفيون فلهم طريقة اخرى وهو ان بعضهم لا يعتبر وضع الرأس وانما ينظر لحوض المرأة فعندهم يكفي بالجودة وضع الجفت ان تكون حافته المقعرة ملتفتة الى الامام وتحديب ملعقتيه

مجاور اللحفرتين الحرقفيتين وعلمتم فى ذلك انه يندر ان يعين من قبل بالضبط
موضع القمحدوة وعلى فرض معرفة ذلك لا يلزم لاجل ذلك تغيير هيئة الآلة
نظرا الى ان ادنى فعل يعمل فى الاوضاع الزاوية لاجل انضمام الفرعين وتثبيتهما
يوصل الجبهة الى امام العجز او خلف العانة وان الاوضاع المستعرضة تصير وضع
الجفت عسرا جدا اذا اريد مسك الحدبتين الجداريتين واذا اتبع رأيهم كانت
العملية دائما بسيطة جدا وينتهى حال الرأس غالبا بان يوضع بنفسه اذا لم يكن
موضوعا فى الابتداء فى الوضع المقدم الخلفى بحيث تنال فى الحقيقة نفس
النتيجة التى تنال من اتباع الوصايا المأمور بها عموما عند الفرنساويين * قال
المؤلف ونحن لا ننكر انه يمكن تحصيل اشياء صحيحة من هذه الكيفية
وان الفرنساويين لم يتأملوا فى ذلك تأملا كافيا ولكن لنا ان نعارض ذلك
ونقول كقاعدة اصلية ان الاحسن دائما ان تزلق ملعقتا الجفت على القسمين
الصدغيين الجداريين من الرأس فيكونان دائما مجاورين لجانبى تجويف
الحوض وانه اذا امكن وجدان القمحدوة موضوعة بالعرض فاوله ان يكثر
وجدانها ملتفتة الى احد التجويفين الحقيين او الارتفاقين العجزيين الحرقفيين
وكان من الجيد فى هذه الحالة ان يلتفت الجفت قليلا الى اليسار او الى اليمين
كذلك قد يتجه غالبا لذلك بنفسه قهرا عن الطبيب حتى يمسك الرأس مسكا
متينا ولننبه ايضا على انه اذا امسك طرفا القطر القمحدوى الجبهى منع الرأس
غالبا عن ان ينثنى بل يقهر على النزول بالعرض وان يأتى باحد قطريه الكبيرين
للممرات التى يمر منها واذا امسك هكذا لم يسهل نفوذه من المضيق السفلى * قال
المؤلف واما رأينا الخاص لنا انه حيث كان القطران القمحدوى القمى والقمحدوى
الجبهى يتجهان باستقامة من الامام الى الخلف وان فى الاحوال التى لم يزل
الرأس فيها غير نافذ من المضيق العلوى تتجه القمحدوة او الجبهة لتجويف
حقى او لارتفاق عجزى حرقفى وان كاشتى الجفت بعد دخولهما ينحنيان طبيعة
نحو جانبى الرأس فيديرانه على محوره القائم اذا حصل منه معارضة للحركات
العنيفة التى تعمل عليه يمكن ان يقال ان الفرق بين الوضع الذى تتبعه ووضع

التمساوى بين ظاهرى لاحقيقى اذ فى الحقيقة لا يلزم وضع احد فرعى الآلة من الامام والآخر من الخلف باستقامة ونقول ايضا اذا وضع الجفت على الوجه والقمحدوة لم يكن ممسك ملعقتيه مانعا الاستعمال فما امر به بعضهم من اف شئ على احد فرعيه لاجل حفظ الوجه غير نافع

واوضاع الوجه تستدعى على الخصوص هذه الطريقة حتى فى التقعير حيث تبقى تلك الاوضاع هناك مستعرضة فاذا اخذ الرأس كذلك كان اثبت وامكن مما لو اخذ بالجدارين وسيما اذا اختير الغير المتساوى فى طول الفرعين وتقوسهما والجذبات ينتهى حالها بان تمر بح القطر القمحدوى الجبهى فتقرب القمحدوة من مفصل الآلة مدة كون الجبهة تنزلق نحو احد ثقبى الجفت فيوجد الرأس معتنقا من القفا الى القمة ويسهل فى هذه الحالة مروره من المضيق العلوى والفرج ايضا للقطر العصعصى العانى او اقله لجهة القطر المنحرف

واما استعماله فى اعلى المضيق العلوى فكانوا يمنعون ايصاله لذلك ويقولون لا ينبغى الذهاب به الى اعلى المضيق العلوى ولذلك كانوا لا يجعلون فيه تقوسا لظنهم انه لا يصل الا الى تقعير الحوض وسميلى لم يقوس حافته الا لمسك الرأس بعد خروج الجذع واما بر بوت ومن عاصره فهم اول من اشار بايصاله الى الرحم وهذا الرأى وان عارضه بعض المؤلفين بحسب الظاهر الا انى اقول انهم متبعون له بدون ان يستشعروا بذلك لان الاقطار الكبيرة للجمجمة لا تزال من اعلى الدائرة الحوضية البطنية وقت ان تكون جلدة الرأس منتفخة وبارزة فى التقعير ولذا كان الاغلب استعمال الجفت حينئذ ومن جهة اخرى يندر ان لا تكون الجمجمة داخلة بقوة فى المضيق عندما يتحتم الامر باستعماله لانه لا يقطع باستعماله الا بعد انفجار الاغشية وتحقق ضعف الانقباضات الرحمية فالمنازعة فى ذلك من عدم الفهم * قال المؤلف اما انا فلا اتوقف فى ادخال الجفت فى المضيق العلوى وفى اعلى عن ذلك وقد استعملته فى ذلك مرات كثيرة مع نجاح زائد فقد خرجنا من ذلك على ان الجفت يمكن وضعه على الرأس اذا جاء بالقمة او الوجه بل ولو خرج الجذع قبل الرأس سواء كان فى اعلى المضيق

العلوى اوفى التقعير وسواء كان وضعه على القطر الجدارى المزدوج اوعلى القطر القمحدوى القمى

فلاجل ان يكون هذا الوضع لازما ينبغى اولا ان لايحتاج الرأس لان ينقص اكثر من ثلاثة خطوط الى ستة اى ان يتغير محله بذلك ويتوجه لاحسن مايكون حتى يخرج من المضيقين وثانيا ان يعجل به اتمام الولادة بلا مهلة اى لا يعتمد معه على قوى المرأة فى اندفاع الجنين وثالثا ان يدخل الرأس فى محل لايمكن بدون تعسر دفعه منه الى الاعلى ليفتش بعد ذلك على القدمين ورابعا ان تتغير الاغشية وينمحى العنق من زمن طويل.

(المبحث الثالث)

(فى كيفية الاستعمال)

ينبغى قبل الابتداء فى العمل مراعاة الاحتراسات اللازمة فى عملية التحويل فتوضع المرأة كما فيها نعم هنالك احوال لا يتمكن الطبيب فيها من تغيير وضع المرأة كما اذا كان هنالك تشنجات اونزيف اوضعف زائد اوحالة اخرى تصير الحركات والاهتزازات خطرة ويلزم حينئذ ان يكون الرأس نفذ من المضيق البطنى ففى تلك الحالة يستعمل جفت قصير جدا كجفت سميلى مثلا والوضع على الجانب المختار عند الانكليزيين فى الولادة التى من ذاتها المختار عندهم ايضا فى وضع الجفت وليس بمعقول عندنا وان مدحه البعض فى بعض مستثنيات واختاروا ان توضع المرأة بحيث يكون بطنها على جانب السرير واختار بعضهم فى الاحوال التى تكون القمحدوة فيها ملتفتة نحو العجز ان تستند المرأة على مرفقيها والطبيب يعمل عمله من الخلف قالوا فبذلك يسهل ادخال الآلة والجذب على اتجاه محور المضيق العلوى ولكن هذه كلها امور عارضية على حسب الاحوال والقاعدة الاغلبية هى ان توضع المرأة على ظهرها اى على الوجه الخلفى للعجز كما فى عملية التحويل وينبغى للطبيب قبل ادخال الجفت ان يخبر المرأة بكيفية العمل فان ذلك احسن الوسائط لسكونها وتأكيد هاصحة العملية

وينبغي تحضير ماء فاتر لتسخن به الآلة فيحصل منها في الباطن الانتعاش لا التخدير وزبدة اوزيت او مادة لزجة لسهولة انزلاقها فاذا جهز ذلك وعرف وضع الرأس ادخلت الملعقتان وكيفية الادخال تختلف باختلاف كون القمحدوة متجهة الى جهة كذا او كذا والرأس نازلة قبل الجذع او الجذع قبل الرأس فلذلك التزمنا ان نذكر هذه الاختلافات على التعاقب في جملة مطالب

(المطلب الاول)

(في ادخال الجفت في الوضع القمحدوي المقدم)

الوضع القمحدوي المقدم الذي هو احسن الاوضاع واكثرها في المضيق السفلي يستدعي ان يدخل اولا الفرع الايسر من فرعي الآلة

كيفية الادخال * يزلق اولا اصبعان او ثلاثة من اليد اليمنى مسطحة بين الجانب الايسر من المهبل والحدبة الجدارية بحيث يمكن اطرافها ان تلامس عنق الرحم

الفرع الايسر * يمسك باليد اليسرى حينئذ الفرع الايسر من الآلة كقلم الكتابة فيرفع كلابه اولا امام الاربية اليمنى للمرأة لاجل ان يكون طرفه الآخر مجاور المحور الفرج اي لمحور المضيق السفلي ويختار فعل ذلك في الفترة بين وجعين كما في ادخال اليد ايضا ويكون الادخال ببطئ وبدون حركة عنيفة وكلما اخذ الفرع في النفوذ يمر بالكلاب من الاعلى الى الاسفل ومن اليمين الى اليسار نحو الخط المتوسط والغالب ان يحتاج عند ذلك للذهاب بالابهام الى اعلى مدار الآلة وعينه لا ان تترك تلك الاصبع اسفله ثم يدفع الفرع وهو على هذه الحالة بان يتبع به المسطح المائل الخلفي الايسر اي مقدم الارتفاق العجزي الحرقفي لا الجانب الايسر الحقيقي للحوض حتى تصل حرجته البارزة بين الشفرين الكبيرين ثم توجه يد الآلة قرب الوجه الانسي للفخذ الايسر بان تخفض كثيرا او قليلا على حسب العمق الذي وصلت له الملعقة وينبغي في مدة هذا الادخال ان لا يبعد طرف الملعقة المسول جيدا بين رأس الجنين واعضاء المرأة من تقوس التقعير فانه اذا ابعد عن محور هذا التجويف وقف

فى جدران المهبل فيثنيها او ربما مزقها فان كان منحنيا جدا الى الامام او الى الخلف كانت المرأة ما عدا ذلك معرضة لجرح المثانة او المستقيم فان كان قريبا جدا الى ذلك وذلك يحصل غالبا اذا استعمل الجفت الذى ملعقتاه زائدتا التقعر استند على رأس الجنين ووقف حالا فى ثنيات جلدة جمجمته بحيث يكون دفعه بقصد دخوله الى الباطن خطرا باى كيفية كانت

فمتى حصل فى ادخاله مقاومة وممانعة غير طبيعية بحسب الظاهر لم يدفع بقوة الى الداخل وانما يلزم حينئذ جذبه الى الخارج قليلا ليخرج من ذلك العائق ثم يزلق فى اتجاه جيد فاذا انفذ الرأس من العنق ولم يزل الجفت غير مستغن عن الاصابع التى فى المهبل دل ذلك على انه ردىء الوضع ضال عن الطريق القويم بخلاف ما اذا عسر الوصول الى الرأس او كانت دائرة الفوهة محيطة به على هيئة تاج ضيق فلا يكون الامر كذلك ويلزم حينئذ غاية الانتباه فانه متى بعد الطرف السائب للملعقة عن الجمجمة ولو قليلا انزلق على السطح الظاهر للعنق وذهب للمحاجز المسدود وهو الشق المستدير الذى يسد المهبل معانقا لطرف الرحم فاذا لم يدرك الطبيب هذا الزوغان لم يحتج لان نبين له الفساد والاخطار التى قد تحصل من ذلك لكن لاجل الاحتراس منه يكفى ان لا تدخل الآلة لما وراء الحدبتين الجداريتين بدون ان يؤكد موضع العنق وحالته

الفرع الايمن * اذا تحقق جودة وضع الفرع الايسر يمسكه مساعد ويحفظه على الفخذ والطبيب يدخل الفرع الايمن فيمسكه باليد اليمنى مهديا له باصابع اليد اليسرى على الجانب الايمن للحوض او على الارتفاق العجزى الحرقفى المحاذى له ويفعل فى ادخاله ما قلنا فى الفرع الايسر فاذا كانت القمحدوة مائلة الى اليسار يجتهد فى ايصالها خلف الثقب الايمن المسمى بتحت العانة اما اذا كان وضع الرأس هو الوضع القمحدوى الحقى الايمن فانه يجتهد فى ايصال هذا الفرع امام الارتفاق العجزى الحرقفى واما الفرع الايسر فيجتهد فى ايصاله خلف التجويف الحقى الايسر

كيفية انضمام الفرعين * ينبغى لاجل اتصال فرعى الجفت ببعضهما ان يكون

عمقهما في باطن اعضاء المرأة متساويا وان يحاذي ثقب احدهما مدار الآخر بالضبط وان لا يكون تصالبهما على الايمن اقوى منه على الايسر وتكون يداهما منخفضتين انخفاضا كافيا فاذا كانت القمحدوة قريبة لان تكون خلف ارتفاق العانة عسر في بعض الاحيان توصيل الفرعين لجانبي الحوض بالضبط وانما ينحنيان على حافتهما المحدبة مدة كون حافتهما المقعرة تبعد بقدر ذلك وهذا ناشئ ولا بد من كون الرأس اقل ممسكا نحو الجبهة منه جهة القمحدوة ويظهر هذا التعسر بمسك الكلابين ممسكا متينا باليد بحيث يخدمان كرافعة مثنية من النوع الاول لكن ينبغي ان يؤكد ان المانع ليس ناشئا من سبب آخر فاذا اتبعت هذه الوصية استفيد تقعير الملعقتين على الحدبتين الجداريتين اذا كان القطر القمحدوي الجبهي مجاورا للقطر العجزي العاني واما في الاوضاع المنحرفة فتتغير القمة محلها وتتجه بسرعة نحو طرف القوس العاني

وبالاختصار اذا كان الرأس مثبتا تثبيتا متينا وفعل بالجفت حركات عنيفة مثل ذلك كان من الواضح ان احد فرعيه يحصل منه مقاومة اقل من الآخر ويجيء تحت المسطح المائل المقدم المحاذي للحوض فقد بان ان وضع الجفت في الاوضاع الثلاثة القمحدوية المقدمة يكاد ان لا يختلف اصلا وتكفي اليد غالبا لاجل ادارة مداره فاذا لم يمكن استعمل نوع الرافعة المسمى مفتاح جفت الولادة

ثم انه ينبغي ان يتأكد ان الرأس وحده هو الذي عاقه الجفت وليس معه شيء من العنق ولا من الرحم ولا من غيرهما من اعضاء المرأة ويتأكد كذلك بان يفعل حركات خفيفة ذهابا وايابا بالآلة كلها في اتجاه محاور الحوض فان انزلقت بدون عنف وبدون احداث الم وبدون ان لا تحس المرأة بتمزق او قرص لم يخف حصول شيء مما سبق فاذا وجد شيء مما ذكرنا كان الغالب على الظن دخول ثنية من اعضاء المرأة فيما بين كاشتي الآلة فعليه ان يترك الجذب والضغط ويغير هيئة المسك الى ان يصير الرأس ممسوكا جيدا

فاذا كان القصد تقليل حجم الرأس يمر بعروة شريط اوخيط على حلق كلاب احد فرعى الجفت ويلف به على الفرع الآخر ثم يقربان لبعضهما بقدر ما يلزم ثم يمر بعروة على الكلاب الاول ثم على الثانى وهكذا مكونا شكل ثمانية بالعرض القديم حتى يفرغ الشريط اوالخيط ومن المعلوم ان الضغط المفعول تكون قوته على حسب درجة ما يراد من نقص الحجم

فاذا كانت الممرات التى يمر منها الجنين خالصة وكان استعمال الجفت بقصد سرعة تخليص المرأة من الحمل جاز ان لا تستعمل هذه الواسطة الضاغطة وان امر بها بعضهم فى ذلك ايضا لكن من حيث ان اليدين اللتين تستعملان معا فى هذه العملية تحتاجان للراحة زمنا فزمنا يكون الاحسن وضع هذا الرباط وانما الفرق هو ان القصد منه هنا حفظ الجفت فى وضع ثابت وتقريب فرعيه لبعضهما تقريبا مناسبا

اخراج الجنين * بعد ان تلف يد الجفت بخرقة توضع اليد اليمنى قرب الكلابين من فوقهما اذا لزم الجذب فى المحور العلوى اما اذا كان الرأس فى المضيق السفلى فانها توضع من تحتهما واما اليد اليسرى فتمسك اصل الملعقتين من ورآء المدار وتكون من تحته اذا كانت اليد الاولى من الاعلى ومن اعلاه اذا كانت من الاسفل فاذا امسك الجفت جيدا وانضغط الرأس به انضغاطا مناسبا لزم قبل الجذب ان توجه القمحدوة اتجاها زاويا اذا لم تزل باقية فى المضيق العلوى وان توصل الى خلف الارتفاق اذا كانت فى التقعير ولاجل الزامها بالنزول لمركز الحوض ومنعها نزول الجبهة اولا اوصوا بان تسند الجبهة باصبعين من اليد اليسرى قال المؤلف واظن انهم غلطوا فى تلك الوصية لان بها يفقد من الطبيب المولد جزء عظيم من قوته وانما الاحسن عندى ان يخفض الكلابان حتى تكون الملعقتان فى اتجاه محور المضيق العلوى وتفعل الجذبات فى هذا الاتجاه

فاذا كان الرأس محصورا اى متثبتا فى المضيق العلوى ثبوتا متينا يجتهد فى تحريكه اولا كما تحرك سدادة زجاجة او مسمار يراد نزعه ثم يدفع الى الباطن لتنزل القمحدوة نزولا مناسبا ثم يجذب بانحراف الى الاسفل والخلف حتى

يخرج بالكلية من المضيق ومتى فعلت حركة المدار وصار وضع الجنين مقدما خلفيا فالصالازم جذبه والذهاب بيدى الجفت يمينا ويسارا على التعاقب حتى تمر الحدبتان الجداريتان من القطر الحجبى ويلزم ان تكون هذه الجذبات قوية بطيئة معتدلة فى آن واحد فاذا لم يكن هنالك مايحوج للسرعة جاز ان لا يعمل ذلك الامدة الانقباضات الرحمية التى تكون فى الغالب شديدة جدا ومتواترة من ابتداء العملية اما اذا لم يكن وقت لذلك او كانت الرحم خامدة عديمة الفعل فان الانتظار يكون غير نافع بل خطرا فيلزم المبادرة بالعمل

فاذا وصل الرأس الى الفرج ولم يك ممسوكا الا بالاجزاء الرخوة تركت الجذبات الجانبية بل يترك جميع انواع الجذب اذا لم يزل فى الرحم بعض قوة تتمم الولادة لان من المهم حينئذ عدم الضغط وتحقيق ان آكد الوسائط لحفظ العجان هو مسك الرأس فى الفرج زمنا طويلا حسب الامكان فبدل ان يطلب من المرأة دفع الجنين ويجذب منها بقوة كما فعل ذلك فيها فيما سبق الى الآن يطلب منها تلطيف حركاتها بل الغالب ان يصير من النافع اخراج الآلة فتزال دفعة بدون خوف اذا كان الرأس فى الخارج اما اذا لم يكن كذلك فانه يخرج احدى ملعقتيه بعد الاخرى ماسكا لهما كما فى حالة دخولهما ومبتديا بالفرع الايمن او بما هو من الاعلى ثم اذا لزم ايضا بعض جذب فعل بان توضع الاصابع على الصدغين او تحت الابطين كما يفعل فى بعض الولادات التى من ذاتها واوصى بعض المؤلفين بالحذر من قعقعة الآلات واحتكاك فرعى الجفت ببعضهما لان ذلك ربما ازعج المرأة ونقول هذا الاحتراس غير لازم لا حاجة لمراعاته

فاذا كان الغليظ من الجمجمة ملتفتا الى الخلف ينبغى ان يدخل الجفت ويثبت كما فى الوضع السابق نهايته انه لا يلزم هنا خفض يد الجفت بقدر ما هنالك فى مدة الجذبات ومن حيث ان القمحدوة التى يلزم حينئذ ان تخرج اولا تميل على الدوام لان تستند على الوجه المقدم للعصعص والعجان ينبغى ان تراعى ايضا التعسرات الكثيرة العدد زيادة عن الاخطار التى تحصل للعضرط مع ان العملية تكون ايضا اخطر واعسر اذا كانت الحافة المقعرة للآلة ملتفتة

الى الخلف كما اوصى بذلك بعضهم بدل ان تلتفت الى العانة فاولا لاجل موافقة هذه القاعدة ينبغى تغيير وضع المرأة وثانيا انه لا يمكن الذهاب الى المضيق العلوى ومسك الرأس الا من اليافوخ المقدم الى القفا وثالثا ان الجفت من حيث انه غير مطابق لتقوس الحوض فى وقت الجذبات تضغط بالضرورة حافته المقعرة المهبل والمثانة على العانة بشدة مدة كون الطرف السائب للمعقتيه يفعل مثل هذا العمل الشاق فى الاجزاء الرخوة من الخلف ونقول من جهة اخرى اذا لم يمسك الرأس الا بقصد ايصال القمة الى الامام ولم يمكن تقريبا فعل شئ فى الجذع عند ذلك كما هو الغالب لم تكن عاقبة هذه العملية الالى عنق الجنين فاذن ينبغى ان يوضع الجفت هنا كما فى الوضع القمحدوى المقدم بحيث تكون حافته المقعرة ملتفتة الى الامام مع كونها مجاورة للجبهة لا للقمحدوة كما تستدعيه القاعدة الكلية

(المطلب الثانى)

(فى ادخال الجفت فى الاوضاع القمحدوية الحرقفية)

فاولا فى الوضع القمحدوى الحرقفى الايسر * يظهر ان مثل هذا الوضع لا يقبل فى المضيق السفلى الا للوجه لكن من حيث انه يوجد غالبا فى المضيق العلوى وانه كثيرا ما يستدعى وضع الجفت يكون رأيى انه لا يصح ترك اتباع قاعدة المولدين النمساويين حينئذ مالم يتبع رأى فلامان القائل بان يمسك الرأس من قبل باليد ليوضع وضعا مناسبا وهذا سهل فى القول صعب فى العمل فان الزاوية العجزية القفرية والعصعص والعجان تمنع وضع ملعقى الآلة بالعرض واقله انه لا يمكن حينئذ الجذب فى اتجاه محور المضيق العلوى

فعلى فرض وجود وضع مستعرض بالكلية اوصى المؤلفون بان يدخل اولا الفرع الايمن من الآلة مهديا مع الاحتراسات اللازمة للاستعمال على مقدم الارتفاق العجزى الحرقفى الايمن الى ان يصل الى محاذاة الجبهة فحينئذ يوضع تحت حافته المحدبة طرف الاصابع الاول من اليد اليسرى التى باتفاقها مع اليد اليمنى توصله من الخلف الى الامام ثم من اليمين الى اليسار الى ان تصير

حافته المقعرة ملتفتة نحو الحفرة الحرقفية اليسرى وتصل ملعقته الى الحدبة الجدارية اليمنى ثم تعطى يد الفرع حالة كونها منخفضة جد المساعد يحفظها على الوجه الانسى لفخذ المرأة

ثم يمسك الطبيب باليد اليسرى الفرع الايسر ويزلقه على الجزء الخلفى للحوض حتى يجاوز المضيق العلوى ويصل مداره الى العمق الذى فيه ثقب الفرع الاخر ثم بعد ان يضم الفرعين لبعضهما بوضع مدار احدهما فى ثقب الآخر يحرك الرأس اذا لم يزل باقيا فى المضيق البطنى ويقهر القمحدوة على النزول فى التقعير اذا لم تكن نزلت من قبل ان يوصل الحافة المقعرة للفرعين الى الامام تدريجا وتتم العملية كما فى الاوضاع القمحدوية المقدمة

وثانيا فى الوضع القمحدوى الحرقفى الايمن * ما قلناه فى الوضع القمحدوى الحرقفى الايسر يقال مثله فى الوضع القمحدوى الحرقفى الايمن فلا يختلفان فى وضع الجفت الا فى كون هذا الوضع يستدعى ان يدخل الفرع الايسر اولا

(المطلب الثالث)

(فى ادخال الجفت فى الاوضاع الحوضية)

قد يتفق انه بعد جذب الجنين بطرفه الحوضى يحصل تعسر شديد فى اخراج الرأس بل قد يحصل مثل ذلك فى آخر الولادة الاختيارية بالحوض التى هى الى الآن غير مختصة بشئ زائد فاذا لم تكف الاصابع ولا الايدى لتخليص المرأة من الولادة يكون السبب القريب للعقل هو تضايق فى الحوض وربما كان الجفت حينئذ واسطة ضعيفة ومع ذلك ينبغى تجربته قبل ان يجزم بعملية الشق العانى او العملية القيصرية خصوصا اذا لم يكن الرأس مرتفعا عن المضيق العلوى فاذا كانت القمحدوة من الامام او مائلة الى الجانب قليلا يؤمر مساعد برفع الجذع ويدخل الفرع الايسر ثم الفرع الايمن من الآلة تابعا القواعد التى ذكرت فيما اذا نزل الرأس اولا فان كانت من الخلف ولم يمكن ايصالها الى الامام باليد يقلب الجنين على البطن وتوجه الفرعان ايضا كما فى السابق لكن ينبغى اذا جذب الرأس ان يجتهد فى ان تكون قوة التأثير على الجبهة والذقن

حتى ان هــذه الاجزآء يبكر نزولها تحت ارتفاق العانة فان كانت القمعدوة على الجانب دفع الجذع اولا الى اليمين او اليسار وباقى العمل يكون كما قلنا فى الاوضاع المحاذية لذلك من اوضاع القمة

ففى جميع الاحوال يقلب الجذع للجهة التى تكون القمعدوة ملتفتة اليها ويوجه الجفت لجانبى الرأس بحيث يكون تقعير حوافيه ملتفتا الى الامام او يمكن ايصاله الى تلك الجهــة فى مدة العــملية ومع ذلك ينبــغى ان ننبهك على ان الاحسن فى الاوضاع التى يكون الوجه فيها ملتفتا الى الامام اذا لم يكن الذقن انخفض جدا قبل ذلك ان يرفع الجذع نحو جبل الزهرة ويوجه الجفت الى الخلف ليوضع على الحدبتين الجداريتين فى اتجاه القطر القمعدوى القمى ويحرك الرأس من الامام الى الخلف ومن الاعلى الى الاسفل كما فعــل ذلك فى مشاهدات كثيرة

هذا وقد علمت ان وجود الجذع يضم ايضا للتعسرات التى توجد اذا جاء الرأس اولا ولذلك ظن كثير من الممارسين ان فى مثل تلك الحالة تكون الاصابع انفع من الجفت وانه لا فائدة فى استعماله اذا لم يصل الرأس للتقعير ونقول يظهر ان هــذا الرأى خطر وان كان هنــاك مشاهدات تثبت قهر التعسرات التى تحصل فى هذا الوضع بدون استعمال الجفت لكن قد يكون وقوف الرأس فى المضيق بسبب تضايق فيه بحيث ان الافعال القوية من اليد لا تكفى لاخراجه وايضا من حيث ان الجذع من الخارج والرأس غير متأثر بالانقباضات الرحمية فالافعال القوية الضرورية التى تفعلها اليــد على الجسم لاجل خروجه من الممرات تحجه فى الغــالب على سلسلة الجنين بحيث تعرض حياته لخطر عظيم واما استعمال الجفت فى تلك الحالة فلا خطر فيه

هذا ويجب ذلك يصح ان يستعان بالجفت فى المجىء بالحوض فى امور اولا اذا كان وقوف الرأس فى ضيق المضيق السفلى وكانت الحركات العنيفة التى تفعلهــا اليد غير كافية لقهر هــذا المــانع او كانت خطرة وثانيــا اذا لم يخرج من المضيق العلوى بل انحصر فيه وكان الوجه كله او بعضه فى التقعير وامكن

توجيه طرف بعض الاصابع الى القوهة ومن المعلوم ان فى هاتين الحالتين قبل كل شئ يشهر الذقن على الانخفاض فبذلك ينثنى الرأس ويخرج المتكان

(المطلب الرابع)

(فى ادخال الجفت فى حالة ازدواج الاجنة)

يجوز فى الاحوال التى يتصل فيها جنينان بسطحهما المقدم او الخلفى ويكون الرأسان محمولين على جذع واحد ان الحركات العنيفة من المرأة والطبيب لا تخلص المرأة من الحمل بدون الاستعانة بالجفت فاذا خرج الجذع او الجذعان ينبغى لاجل استعمال الجفت ان يكون احد الرأسين فى التقعير فاذا جاء الجنين المشوه بالقمة لم يلزم وضع الآلة الا اذا لم يخرج احد الرأسين من المضيق العلوى ففى الحالة الاولى اى اذا كان الجذع من الخارج ينبغى ان ينزل اولا الرأس الاقرب للمسطح الخلفى من الحوض وفى الحالة الثانية انما ينزل الرأس الذى يكون بالطبيعة ملتفتا نحو العانة وبالاختصار تكون العملية على حسب القواعد التى ذكرناها قريبا ولا تستدعى احتراسا آخر الا المبادرة برفع يد الجفت والجذب من اول الامر فى اتجاه محور الفرج فيكون ذلك واسطة وحيدة لعدم قهر الرأس الثانى الذى لم يزل محويا فى الرحم على ان ينقلب او يبقى كانه مشبوك اعلى العانة او على الزاوية العجزية الفقرية

(المطلب الخامس)

(فى ادخال الجفت فيما اذا بقى الرأس وحده فى الرحم)

كانوا اسابقا يجذبون الجنين بقوة اذا ظن احتياج جذبه بالقدمين فكثيرا ما كان يشاهد فصل العنق والجذع من الرأس وخروج الجذع وحده بدون رأس مدة فعل الحركات العنيفة ولكن مثل ذلك لا يحصل الآن الا من المولد الجاهل اذا اليد وحدها ينبغى ان لا يعطى لها فى الاستعمال قوة تنتج ذلك ولا يحصل الا اذا كان احد الممرات واسعا بالنسبة لنزول الجذع وضيقا بالنسبة للرأس بحيث يوقفه عن النزول وقد يكون من النافع فى بعض الاحوال فصل جزء الجنين الذى فى الخارج عن الذى لم يزل محويا فى باطن اعضاء التناسل

(انظر وضع الذراع) غير ان الاضطرار لذلك نادر جدا اذ خروج الجذع لا يمنع وضع الجفت لاجل اخراج الرأس فعلى الطبيب الماهر ان لا يقدم على التقطيع حتى يستعمل جذبات لطيفة اما بيده او بالآلة فينبغي لذلك قبل كل شيء ان يهيأ الرأس بالمناسب اى ان يقهر محورها القصدوى الذقنى على ان يجاور محاورين الحوض ويقهر الوجه على الالتفات الى الخلف فاذا وصل الرأس الى التقعير سهل فى الغالب مسكه مثل ما اذا لم يكن منفصلا عن الجذع والعملية فى المضيق العلوى تكون غالبا فى غاية اللطف والخفة ويظهر انها لا تعمل اذا كان انقباض الرحم قليلا ولم يزل الوجه او القصدوة غير داخل فى المضيق فاذا كان الرأس مثبتا جدا بسبب حصر الرحم عليه او امكن حفظه باليد بحيث لا يفر من الآلة التى تفتش على مسكه فانه يفعل كما اذا كان الجسم متصلا به نهايته انه لاجل تأكيد كونه لا يميل للحركة وكون القطر القصدوى الجبهى فى محل القطر القصدوى الذقنى مدة الجذبات يجتهد فى ان توضع على الوجه او الذقن الاصبعان الاولان من اليد التى تعانق اصل الجفت قرب الفرج * وبالجملة هنالك مانعان قد يعارضان خروج الرأس بعد قطعه من الجذع احدهما الضيق الغضافى لعنق الرحم وثانيهما عيوب المضيقين ونقول بعبارة اخرى ان الرأس اما ان يكون الماسك له هو الرحم او الحوض بحيث ينبغى فى غالب الاحوال ان يقدم على استعمال الجفت استعمال الاستحمامات والمركبات الافيونية والمرخيات بل والاستفراغات الدموية ايضا

(خاتمة)

(فى قواعد مختصرة تتعلق بالجفت)

لنختم هذا الفصل بقواعد كلية تتعلق باستعمال الجفت * الاولى لا ينبغى وضع الجفت بدون ان يتحقق الاضطرار له لانه اذا لم يكن مؤذيا للجنين قد يكون فيه خطر عظيم للمرأة * الثانية لا يستعمل فى ايدى مهرة المولدين الا فى مرة واحدة من مايتى ولادة فان المظنون عموما ان الشيلم المقرن يصير استعماله الجفت غير نافع فى كثير من الاحوال وهذا هو الذى صيره نادر الاستعمال

والذين يكثرون من استعماله ليس غلطهم لكونهم يعملون عملية غير نافعة وانما لكونهم يشوشون سير وظيفة طبيعية بدون احتياج لذلك ويعرضون المرأة لان تصير توابع الولادة فيها اكثر تضاعفا وان تأكد عندهم عدم اصابتهم عضوا من اعضائها * الثالثة لا يوضع الجفت بمنفعة الا على الرأس سوآء نزل اولا او بعد الجذع * الرابعة منفعة الجفت جذب الرأس ونقص حجم الاجزآء التى يوضع عليها * الخامسة لا يسامح فى دخوله فى الرحم الا اذا كانت الفوهة متسعة اتساعا كافيا والرأس ليس سائبا ولا غير متحرك فيما هو اعلى عن المضيق العلوى * السادسة ينبغى ان تعانق ملعقتيه جانبى الرأس بالضبط حسب الامكان فى اتجاه القطر القمحدوى الذقنى ومع ذلك اذا حصل عائق او شك فى ذلك كان الاحسن والاسهل توجيهه للاجزآء الجانبية للحوض * السابعة ما عدا الوضع القمحدوى الحرقفى الايمن اذا لم يرد مسك الرأس من القمحدوة والجبهة ينبغى ان يوضع اولا الفرع الايسر لانه هو الذى يبقى من الاسفل * الثامنة ينبغى فى وضع الملعقتين باى كيفية كانت ان توصل الحافة المقعرة الى الامام فاذا مسك الرأس من طرفى قطره القمحدوى الجبهى ولم ينقلب بنفسه فى نزوله بين كماشتى الآلة صح ان يترك فى المضيق السفلى ليمسك من جهة اخرى اذا كان استعمال الجفت حينئذ ضروريا ايضا على ان هذا الاحتراس قد يترك فى بعض الاحوال فان الرأس اذا امسك هكذا فى وضع مستعرض للوجه او للقمة ينتهى حال الجمجمة دائما بان تجاوز وما تجاوره الآلة ولا يكون هنالك مانع يمنع جذبها الى الخارج بانحراف بل او بالعرض ايضا * التاسعة ينبغى جذب الرأس فى اتجاه محاورها بلطف دائما لا بسرعة ورج والجذبات الى اليمين والى الشمال ليست نافعة الا وقت ان يكون الرأس مائلا للفرج بل قد تكون خطرة اذا فعلت فى المضيق العلوى * العاشرة ينبغى ان تزال الآلة اذا لم يقف الرأس فى المضيق السفلى الا من الاجزآء الرخوة وليست علة ذلك كونه غير نافع فقط بل الاهم فى العلة هو التحرس من تمزق العجان فاخراجها يسمح للفرج بان يتسع ببطئ وانتظام * الحادية عشر كثرا استعمال الجفت من زمن لوفريت الى زمن بودلوك

وطعن فيه فى تلك الازمنة كثير من العلماء وسيما فى بلاد الانقليز حتى قال دايمان ان اهل فرانسا يحبون الآلات وان لم يكن لها نفع بخلاف الانقليز بين فلذا كانت اعمال هؤلاء اقوى وامكن وقال لرواس ان جفت الولادة غير نافع بل خطر وان الجفت الحقيقى هو المبضع انتهى واما الآن فقد انقلب الحال بل ربما كان فى فرانسا اقل استعمالا منه فى غيرها من بلاد الانقليز والنيمسا حتى ان بعض النيمساويين فى ثلاثمائة وخمسين ولادة استعمل الجفت ثلاثا وتسعين مرة والكلاب ثمانيا وعشرين ونجيل الذى اعماله فى غاية الاتقان استعمله مرة فى ثلاث وخمسين اما فى فرانسا فاستعمل فى مارستان بيت الله بباريس مرة فى مأتين وثمانين ولادة وفى مارستان آخر مرة فى مأتين واربعين وفى آخر مرتين فى مأتين وستة عشر ولادة وفى بلاد الموسكوف مرتين فى خمس وثمانين ولادة وفى مشاهدات الولادين اكثر من ذلك

(الفصل الثانى)

(فى الرافعة)

ذكر هرينيوس ودايمان ان الرافعة انفع من الجفت ولم يعرف بالتحقيق مخترعها كنظير الجفت ايضا فهل اصلها كلاب سلسوس او ملعقة المستخرجين للحصاة او الآلة التى كانت تستعملها عائلة شمبرلان او احد فروعى جفت الولادة لسميلى وحصل فيه تنوع او هى غير ذلك وهذه الآلة اشتهرت سنة ١٧٥٣ عيسوية وشرحت بشروح مختلفة كما وقع ذلك فى جفت الولادة ونسبت كل رافعة لحكيم عرفت به كرافعة بوم وبروين وتيسنج ورونوزان وغيرهم واختلفوا ايضا فى المحل الذى توضع عليه فقيل على القمحدوة وقيل على الصدغ وقيل على النتوء الحلمى وقيل انها تثبت على جانب الذقن واما منافعها فكانت كثيرة على حسب ما قاله بروين بحيث تقهر كل تعسر كانقلاب الرأس ووقوفه فى المهر وانحصاره حتى زعم بعض علماء هولانده انه ازال بها انحصار ثمانمائة رأس فى مسافة ثنتين واربعين سنة واما علماء فرانسا فتمسكوا بان وظيفتها عدل الرأس وقهر القمحدوة المنقلبة على ان تكون فى مركز الحوض

وعلى كل حال فلقد كانت رافعة بروين لوحا من فولاذ طوله تقريبا عشرة قرار يط وعرضه اصبع ونصف ومنحنية من طرفيها على شكل ملوق وملفوف عليها عصابة لزجة ورافعة بوم كانت من جلد ظبي ورافعة تيسنج كانت ملوقا بسيطا اوشبه ملعقة مصمتة تنتهي بدها بحلقة واسعة واما الرافعة المستعملة الآن التي نوعها بيان وبودلوك فانما هي كاحد فرعي الجفت المستقيم لسميلي وهي طويلة خالية من البروز الذي في الجفت ومقوسة يسيرا وملعقة هذا القضيب مثقبة ثقوبا عريضة ويدها من الابنوس وهذا الرافعة نوعها المتأخرون كثيرا في طولها ودرجة تقوسها وشكلها فان بعضهم جعلها قضيبا منكسرا يقبل الانثناء ليسهل حمله

(مبحث في استعمال الرافعة)

قد انتهى الحال بالاتفاق على ان الرافعة ليس القصد منها ان تستعمل بدل الجفت وان نهاية ما يكون انها تخدم لتكميل حركة انثناء الرأس بتشبثها بالقمحدوة فيكون استعمالها قاصرا لان الاصابع في مثل هذه الحالة تكفي عنها غالبا فاذا اضطر لاستعمال آلة قام فرع الجفت مقام الرافعة خلافا لما فهمه بعض المولدين الانقليزيين ولذلك اخترعوا للرافعة انواعا كثيرة

ثم ان الرافعة لها غايتان فمن جهة تستعمل بقصد عدل الرأس وايصاله الى وضعه الطبيعي ومن جهة اخرى يمكن ان تخدم كجفت الولادة لجذب الرأس الى الخارج اذا نزل في التقعير ففي الحالة الاولى يصح في غالب الاحوال ان تقوم مقامها الاصابع او فرع من فرعي الجفت وفي الحالة الثانية قال المؤلف عندي يقين بانها كثيرا ما تقوم هي ايضا مقام الجفت وفي الحالة الاولى يكون فعلها على القمحدوة او على الحدبة الجدارية كفعل كلاب بسيط وفي الحالة الثانية تخدم كرافعة من النوع الاول فالرافعة الشبيهة بالكلاب يوجد عند السكاكينيين فيما حول مدرسة باريس وتقرب من رافعة فلامان ومن التي نوعها بودلوك وبيان هي التامة الصفات * قال المؤلف والاحسن عندي في التي هي كرافعة حقيقية ان تكون قصيرة ومنثنية بواسطة مشبك لم يضعف قوتها ثم ما تكون

مستقيمة من طرف يدها الى ثلاثة قراريط تقريبا من الطرف السائب للملعقتين
وتكون هذه الملعقة عريضة بيضاوية منتهية باصل منقطع مستطيل يأخذ
في الاكتناز بتطيّ حتى يصل الى اليد ويلزم ان تكون جيدة الصقل والملاسة
ماعدا الجزء المتوسط من تقعيرها والجزء الذي يلزم ان يستند على الرأس
وفي هذا المبحث مطلبان

(المطلب الاول)

(في استعمال الرافعة ككلاب)

اذا اريد استعمال الرافعة على حسب اصول مولفي فرانسا تمسك باليد اليمنى
في الوضع القمحدوي الحرقفي الايمن وباليسرى في الوضع القمحدوي الحرقفي
الايسر وباي واحدة منهما في الاوضاع المقدمة الخلفية ومن حيث ان هذه
الآلة تستدعي الاحتراسات التي يستدعيها كل فرع من فرعي الجفت يلزم ان
تكون مهدية بين الوجه الباطن لاعضاء التناسل ورأس الجنين حتى تجاوز
البروز القمحدوي او الحدبة الجدارية وبحيث يسهل وضع تقعيرها على احد
هذين الجزئين ومن حيث انه لا يمكن ازلاقها بدون واسطة خلف القمحدوة
في الوضع القمحدوي العاني والجبهي العاني يلزم ان توجه اولا على الجانب قليلا
لتذهب بعد ذلك للجزء الذي يلزم نزوله فاذا وضعت جيدا امسك اصلها باليد
التي اهتدت بها ملعقتها ولاجل تأكيد عدم ازلاقها وكون ظهرها لم يحتك
في اعضاء المرأة تجذب يدها باليد الاخرى الى الخلف او الى الامام او الى الجانب
اي الى الجهة المقابلة للجهة الملتفت اليها البروز الذي يراد نزوله ويفعل ذلك
عموما في فترات الانقباضات وتتم العملية عندما تصل القمة الى مركز الحوض
فتخرج الآلة وتترك الولادة بعد ذلك لنفسها او تساعد بوسائط اخر اذا احتيج
لذلك واما فلامان الذي اراد استعمالها ككلاب فقال ان احدى اليدين
تذهب للجزء من الجمجمة المقابل للآلة وتؤثر مع الرافعة لاجل اخراج الرأس
فاذا استعملت بهذه الكيفية قامت مقام الجفت بل تكون انفع منه لكن اذا اريد
تحصيل هذه الغاية كانت الطريقة الآتية على الاثر افضل

المطلب الثاني

(المطلب الثانى)

(فى استعمال الرافعة لجفت الولادة)

كيفية استعمال الرافعة كما تستعمل فى بلاد الفلمنك والانقليز اعنى كونها تقوم مقام الجفت بسيطة جدا فاولا من الجيد ان يكون الرأس فى التقعير وان يكون فعل حركته المداريه او معظمها وثانيا ان لا يكون هنالك الا انضايق قليل فى المضيق السفلى او نقول وهو الاحسن ان يكون بطيء الطلق ناشئا من عدم فعل الرحم او المرأة وعلى اى حالة كان وضع الرأس ينبغى ان تختار للجذب اليد اليمنى ما لم يكن الطبيب المولد يعمل جميع اعماله باليسرى ولاجل ادخالها ينبغى ان يستعان باليد اليمنى اذ لزم توجيه الرافعة للجهة اليمنى من الحوض وباليد اليسرى فى عكس ذلك فاذا كانت القمحدوة من الامام او الى اليسار قليلا تدخل الرافعة باليد اليمنى كما يدخل الفرع الايمن من الجفت امام الارتفاق العجزى الحرقفى الايمن فاذا ادخلت ادخالا كافيا يستعان باليدين معا للتوصل الى تقعير ملعقتها للقسم الصدغى الجدارى الايمن اعنى فى اتجاه المحور القمحدوى الذقنى وعلى نفس الاجزاء التى يعانقها الفرع المماثل لتلك الآلة من الجفت فاصابع اليد اليسرى تمسك الجانب الايسر من قمة الجمجمة والابهام الموضوعة قرب الفرج تعانق ظهر الرافعة وتكون لها اذا انضمت بالجزء الايمن من التقوس العانى نقطة ارتكاز وينتظر الفعل القوى للبنية ثم تجذب باليد اليمنى ببطء لكن بقوة كما تحرك رافعة من النوع الاول من اسفل الى اعلى ومن اليسار الى اليمين فالرأس حينئذ ينقاد بسهولة فيجذب شيأ فشيأ على اتجاه محور المضيق السفلى فينفذ منه بتوسيعه وبعد ذلك تصير الرافعة عديمة النفع فالعنف الذى يتحمله الرأس بهذه الكيفية يذهب تأثيره من الذقن الى القمحدوة اى فى اتجاه خط يمر من الزاوية الفكية اليمنى الى الجانب الايسر من قمة الرأس بحيث لا تستغرب سهولة انجذاب ذلك الرأس وان كان ممسوكا بالمسطح الحلقى الايسر للحوض

فان كانت القمحدوة من اليمين فى الوضع الثانى مثلا ادخلت الرافعة باليد اليسرى

لكن بعد ذلك توضع كما قلنا واليد اليمنى الماسكة ليد الآلة تجذب ايضا بالكيفية السابقة الا ان الحركة الارجوحية تحصل من اليمين الى اليسار لا من اليسار الى اليمين فاذا كانت القمة من الخلف فبدل ان توضع الرافعة من الامام يلزم ان توضع على القسم الجدارى الصدغى فى اتجاه القطر القمحدوى القمى وتفعل الحركة الارجوحية بحيث ان القمحدوة التى يلزم ان تحمل هنا العنق الاصلى تخرج اولا امام العجان وترفع بقوة نحو مركز الفرج وهذا الوضع اقل نفعا من الآخر ولا بد الا انه لم يكن زائد العسر * قال المؤلف وانى اعلم ان ما تفعله الرافعة فى هذه الاحوال يفعله الجفت ايضا بل ربما كان هو آكد منها ولكن ليس مرادى ان اقول بناء على ذلك ان الاولى ابدالها به وانما اقول ان كيفية العمل بالرافعة غير معروفة جيدا عندنا فاستعمالها وان لم يكن ضروريا الا انه غير ممنوع فان وضعها بسيط جدا غير ضار وبالنظر لمقابلتها بالجفت من جهة انه لا يلتجأ اليها الا اذا جاء الرأس للمضيق العجانى وكان الظاهر انه لم يقف الا لعدم الفعل العضوى للمرأة ولنضف على ذلك ايضا ان دخولها يكون نفعه فى الغالب كونه يعين على ظهور الانقباضات الرحمية والعضلات البطنية فاقله ان هذه الآلة تكون بواسطة ذلك سببا لاتمام الطلق بدون ان تعرض الام او الجنين لادنى خطر ومنهم من اطنب فى مدحها وفضلها على الجفت مثل دوجلاس وبودلوك الصغير

(القسم الثالث)

(فى العرى والشبكات)

العرى قطع من خرق اوغزل اوحرير اوصوف اوجلد اوقطن تقوى احيانا بسمار او شعر من القيطس اوسلوك معدنية اوصفايح من حديد اوفولاذ تشبك ببعضها وتوضع احيانا على اجزاء مختلفة من الجنين لاجل استخراجه واستعمال هذه الوسائط قديم جدا حتى فى زمن بقراط حتى ان الرازى من اطباء العرب اخترع شبكة مدحها سميلى وقبل اختراع جفت الولادة والرافعة كانت العرى والشبكات مع الصنارة التى سميناها بالكلاب هى الآلات التى توضع

على

على الجنين لاجل اخراجه اذا كان هنالك رجاء فى حفظ حياته فابن سينا اوصى
بان يذهب بها الجذع واما غيره ممن بعده فاخترعوا هيئة اكياس واعماد
وقلنسوات ومقاليع واشرطة توضع كلها على الرأس وقد هجرت هذه كلها
بحفت الولادة فاذا صير هذا الحفت جميع هذه العرى والشبكات التى كانت
سابقا توضع على الرأس غير نافعة فان التحويل بالقدمين الذى عرف الآن
جيدا وعرفت اعماله احسن مما كان قبل القرن الاخير يصير ايضا الوسائط التى
كان يذهب بها الجذع بعض المولدين لجذبه جذبا صناعيا غير لازمة بحيث
صارت العروة الآن مجرد شريط من غزل او حرير او صوف طوله اونة تقريبا
وعرضه قيراط وبواسطته يمسك طرف مدة التفتيش على الطرف الآخر او على
الباقى من الجنين وبعض الناس يستعملها ايضا ليجذب بها المأبض او الاربية
او الابط لكن من حيث ان الكلابات اى الصنارات المحفوفة او الاصابع انفع
من الاشرطة دائما لم تكن تلك الاشرطة نافعة فى الحقيقة الا فى اليد او خلخال
الرجل اذا جاء الجنين بالذراع او عمل التحويل بالقدمين

ولاجل وضع العروة يوضع الشريط اولا مزدوجا بان يثنى ويدخل طرفاه
فى عروته ويوسع تلك العقدة المتكونة من ذلك بطرف الابهام واصبعين او ثلاثة
من يد تمسك يد الجنين او رجله ثم تزاق باليد الاخرى حلقة العروة الى اعلى
مفصل رسغ اليد او الرجل ثم يعطى الشريط لمساعد يحفظه بدون جذب
والجراح يفتش على الاعضاء الاخر التى يريد تنفيذها من المضيق السفلى
فاذا وصل الى نزول الرجلين لم يضطر بعد ذلك للعروة التى فى الساق اما اذا كانت
العروة فى خنقة اليد جاز ان يستخدمها ايضا لحفظ الذراع ممتدا على الجذع
ويوجب ذلك تعين على خروج المنكب المحاذى لذلك الذراع وبالجملة فالعروة
واسطة ينحصر نفعها الآن فى اشياء قليلة وكيفيتها سهلة بحيث لا تحتاج
لشرح طويل

(القسم الرابع)

(فى حصر الرأس)

اختلف المؤلفون فى حقيقة الحصر فقيل هو ان ينزلق الرأس فى ممره بين عظم العانة والعجز بحيث لا يمكن ان يتقدم ولا ان يتقهقر ولا توجه اليه آلة من الآلات وقيل هو حصره بين عظام الحوض كما يحصر الحجر المسمى بالغلاق فى عرف البنايين بين حجرين فى اعلى القبوة وقال ريدرير هو ان تمسك دائرة الرأس فى المضيق اوفى التقعير بحيث لا يمكن ان يدخل مسبار بينهما وبين اعضاء المرأة وقسم بعضهم الحصر الى صادق وكاذب وعرفه بزنق الرأس بين المضيقين بحيث لا يمكن صعوده ولا نزوله وقال بودلوك هو ان يتثبت الرأس فى المضيق العلوى بطرفى قطر من اقطاره بحيث لا يمكن تقدمه بفعل القوى الطبيعية ولا اندفاعه الى الداخل بيد الطبيب المولد وقال فلامان هو ان يمسك الرأس من جزئين متقابلين فيصير غير قابل للحركة من اعلى الى اسفل ويمكن دفعه الى الداخل لكن لا يقبل حركة استدارة اصلا واختار المتأخرون تعريف بودلوك ونوعه دبرزموس بعض تنوع وهو الاضبط فى الحقيقة فيقال هو ان يمسك الرأس من محلين متقابلين من دائرته فى الحوض بحيث لا يمكن نزوله من فعل حركات الاندفاع وحدها ولا يمكن صعوده الا بعسر شديد فما زعمه ريدرير غير ممكن واما القابلة لشبيل فلم تختر شيأ من ذلك وقالت ينبغى ان ينسب جميع ما شرح مسمى بذلك لعيوب الحوض وللاوضاع الرديئة للرأس او للانقباضات الرديئة الدائمة للرحم

وعلى كل حال فالحصر صار فى زمننا هذا نادرا جدا واما ما ذكر عن بعضهم من زعمه وجدانه ثمانية مرة فى مدة اربعين سنة وعن آخر من وجدانه ثنتين وستين ومايتين مرة فى مدة تسع عشرة سنة فهذا امنظر آخر غير ما نعنى به لان الزاعمين ذلك يظهر انهم يسمون بذلك جميع الاحوال التى يقف فيها الرأس باى وجه كان فى الحوض بحيث يستدعى الحال استعمال الرافعة فالرأس المحصور عندهم غير ما نعنى به على حسب تعريف بودلوك حتى ان دوبس الذى ذكر الحصر على رأى بودلوك تعجب من كونه لم يعثر عليه مرة واحدة وظن ان ذلك لكون حوض الامير قيات اجود تكونا من حوض نساء الاوربا

مع ان القابلة لشبيل لم تشاهده اصلا ولم يزل نادرا بباريس ايضا فلا فرق اذ ذاك بين نساء الامريقة وغيرها وانما الفرق اختلاف معنى الحصر عند المؤلفين فعندنا لا ينبغى التباسه بالاحوال التى يتثبت فيها الرأس بالمضيق العلوى كان الرحم اذا خلصت من السائل الامنيوسى تمكث مدة طويلة كأنها ملتصقة بالجنين ولا التباسه بوقوف الرأس بين مضيقين ضيقين بعد ان يمر بمشقة من الدائرة الحوضية العليا ولا بالرأس الذى لم يمنع خروجه الا مقاومة العجان او ضيق المضيق السفلى

كيفية حصول الحصر * لا يمكن حصر الرأس الا فى المضيق البطنى بين العانتين والعجز ويلزم لحصول ذلك جملة شروط الاول ان يأتى الرأس بالعرض اى من الامام الى الخلف والثانى اذا كان الحوض جيد التكون يلزم ان يكون الرأس كبير الحجم جدا والثالث ان لا يكون ضيق تجويف الحوض زائدا او نقول كما قال بعضهم ان يكون المضيق كلو يا والرابع ان يكون بين العجز والعانة ثلاثة قراريط ونصف فى وضع مقدم خلفى او ثلاثة فقط فى وضع مستعرض نظرا الى ان الحصر لا يوجد الا اذا تيسر للرأس النزول الى محاذاة اعظم سمك فيها والخامس ان لا تكون الانقباضات الرحمية شديدة جدا * قال المؤلف ومن هذه الشروط شرط يلزم ان نتكلم فيه كلمات وذلك انه يعسر فهم ان القطر القمحدوى الجبهى ينحصر فى القطر العجزى العانى فان فرعى الرافعة الموجودين فيه غير متساويين بحيث ان جزءه القمحدوى لا ينخفض اولا ولا سيما اذا اثرت الحركات العنيفة للمرأة عليه بشدة بواسطة العمود الفقرى فاذن يكون القريب للعقل الذى ان ينحصر هو القطر القمحدوى القمى وان الرأس يمكن ان يمسك بين العجز والعانة من اقطار اخر من الدائرة القمحدوية القمية كما يحصل بالقطر الجدارى المزدوج

ويصح ان يختار ايضا وفاقا لديزرموس ان الحصر قد يحصل احيانا فى التقعير اذا كان العجز مسطحا او قريبا للتسطيح فكان الرأس يمر من قناة تأخذ فى تضايق العرض شيأ فشيأ كلما نزلت الى الاسفل وينتهى حاله بعدم امكان

ادارته على محوره اوتقدمه الى الاسفل بل ولا رجوعه بعض خطوط نحو المضيق العلوى

العلامات * ذكروا من علامات الحصر انتفاخ شفتى العنق واعضاء التناسل الظاهرة والانتفاخ الزائد للمدة ورأس الجنين وتراكب عظام الجمجمة على بعضها لكن اغلب هذه الظاهرات قد يوجد بدون حصول حصر فلذا كان الاعتماد عليها فى التشخيص غير اكيد * والعلامة الوصفية لمثل هذه الحالة تؤخذ من تثبت الرأس بحيث انه مع شدة اوجاع الطلق لا يحصل له تقدم مدة ساعات ففى وقت الانقباض يظهر كأنه تقدم قليلا لكن بعد ذلك حالا يصعد للمحل الذى كان شاغلا له من قبل فاذا اجتهد الطبيب فى دفعه الى الداخل باليد وجده غير قابل لتحرك ولا يصل لتحركه الا بعسر شديد وينبغى ان يعرف ايضا انه بامتداده يمكن ان يظهر كانه نزل وقرب للفرج مع انه فى الواقع لم يغير محله وكم غلط فى مثل ذلك كثير من الاطباء وظنوا انه نزل بالكلية من المضيق العلوى مع ان دائرة الرأس القمحدوية القمية لم تكن دخلت فى المضيق واتفق ايضا ان بالجس وجدت القمة بعيدة عن الفرج ببعض خطوط فجزموا من ذلك بان الرأس نزل فى التقعير مع ان الامر لم يكن كذلك فلاجل الحذر من هذا الغلط ينبغى ان يتذكر اولا ان ارتفاع ارتفاق العانة يكون من ثمانية عشر خطا الى اربعة وعشرين وبموجب ذلك يمكن ان يلامس جلد جمجمة الجنين طرف الفرج مع ان الحدبتين الجداريتين لم تزالا فى المضيق العلوى وثانيا انه يلزم ان يوجه الاصبع الى الخلف خصوصا لا الى الامام فقط اذا اريد معرفة الاجزاء من الحوض المشغولة بالرأس وثالثا ان الحصر يمكن ان يحصل اسفل المضيق العلوى

الاخطار * هذا السبب لعسر الولادة له درجات مختلفة فتارة يكون عدم التناسب بين الرأس والحوض قليلا بحيث لا ينتج من ذلك الا بعض بطئ فى الطلق وبعض تعب للمرأة وتارة يكون عظيما بحيث يصير الولادة عسرة جدا الا انها غير ممكنة بحيث تحتاج لاستعانة الصناعة اذا بقيت الانقباضات

الرحمية وتارة يعظم جدا بحيث تعجز البنية الطبيعية عن قهره فيحتاج لاسعافات الصناعة ففي الحالة الاولى يكون الحصر قليل الخطر ولا يحصل في الغالب بعده الا قليل تهيج واستعداد للالتهابات وفي الحالة الثانية والثالثة يحصل من ذلك عارض ثقيل للام وجنينها فتتوالى الاوجاع بدون فائدة مع قوة وسرعة وتنتهي بحصول هبوط عام للمرأة وخمود اذ لم ينتج من ذلك ايضا التهاب في الرحم اوفي البريتون اونزيف اوتشنجات وتضغط المثانة والمستقيم ومجرى البول وغيرها من الاعضاء الرخوة التي في التقعير انضغاطا شديدا طويلا ويمكن ان ترض وتتقرح وتتغنغر وتصير في الغالب محلا لنواصير عسرة الشفاء بل غير قابلة له اولغير ذلك من التغيرات المخيفة وانضغاط الاعصاب ولاسيما الاوعية قد يحصل منه شلل اوانتفاخ اوارتشاح في الرجلين والفرج وقد تحصل اخطار من تمدد الارتفاقات والمفاصل تمددا شديدا اذا بقيت الحركات الاندفاعية قوية

وطول الطلق بعد سيلان المياه وتأثير الانقباضات على الجنين مباشرة يعرضان الجنين لنفس العوارض التي تسبب عن كل ولادة طويلة عسرة اعني الاختناق والموت وايضا فان الرأس لا ينطبق متماثلا مع المضيقين اذا التقعير بدون ان يكابد المخ نفسه انضغاطا يكون خطرا في الغالب بل ربما كان مهلكا ولاسيما اذا كان الحوض معيب التكون والزاوية العجزية الفقرية زائدة البروز وماعدا ذلك قد ينتج ايضا كسر وانسكاب ظاهري اوباطني وتمزق وغير ذلك

العلاج * من الواضح انه لاجل التحرس من كثير من الاخطار ينبغي ان يسرع الطبيب باعانة البنية الضعيفة ومع ذلك اذا بادر بالعمل وقع في خطر العمل بدون حاجة فان انتظر فقد الزمن المناسب فكيف الاحتراس من هاتين الغايتين لكن الطبيب الماهر يصل لذلك غالبا بدون مشقة وذلك اذا لاحظ ما اعتبر قاعدة من انه يلزم المبادرة باخراج الرأس بالجفت سواء كان محصورا ام لا اذا بقي ساعة او ساعتين في التقعير لكن بعد ان يتحقق انه لا يمر من الممرات بنفسه

اولا تحصل الولادة بدون ان يحصل شيء من تلك العوارض التي ذكرناها قريبا
فيقتضي ذلك ان اعد المرأة فان هذه الحالة حصر حقيقي للرأس او المتقدمون
اوصوا الذلك بالتحويل بل بالقدمين غير ان ذلك لا يمكن استعماله والمقاليع
والاشرطة والشبكات غير كافية لذلك ايضا ومدح المولدون في القرن الاخير
لذلك الرافعة والملوق وغير حفت الولادة منفصلين عن بعضهما ولم يحصل
منهما نجاح على يد بعض الاطباء لانهم استعملوها في احوال تختلف
عن ما يراد الآن بمعنى الحصر ومن الواضح ان رافعة رو يزان لا تقدر على قهر
الرأس على النزول اذا لم يكن هنالك تناسب بينه وبين المضيقين نهاية فعلها
انه يمكن ان تغير وضعه وتعطيه وضعا مناسبا وفي تلك الحالة لا يكون الرأس
في الحقيقة منحصرا فاذن لم يكن هنالك الا جفت الولادة الذي يضم افعال
الطبيب لافعال الرحم والعضلات البطنية ولكن من حيث انه لا يمكن
ان توجه ملعقتاه الا على جانبي الحوض اعترض بعض الممارسين بان هذه الآلة
بضغطها الرأس من اليمين الى اليسار يلزم ان تزيد في الضغط الذي يكابده
الرأس من الامام الى الخلف بدل ان تنقصه فتولد الحصر بدل ان تذهبه ونحن
نقول ان المشاهدات تبطل ذلك على انه لا يصح ان يقال ان اقطار الرأس
تكتسب من جانب ما تفقده من الجانب الآخر اذا ضغط ففي الحصر يقهر
الرأس على ان يتقدم من دائرة تؤثر عليه كتاثير حلقة فيصغر حجمه بضغط
واصل وبذلك يصل الجفت الى جذبه الى الخارج فاذا لم ينجح ذلك ومات الجنين
تعمل عملية كسر الرأس ثم تستعمل الكلابات اى الصنانير اما اذا بقي الجنين
حيا فيختار الشق العاني فانه احسن من العملية القيصرية التي لا يحتاج
اليها هنا

وحصر المنكبين لا يتعب القوابل لكون جزء من الرأس خرج قبل ذلك
من المضيق السفلي كان المنكبين مطلوقان اعلى عن المضيق العلوي وحصر
الاليتين يعسر ايضا فهمه فلا يحتاج لادني انتباه * قال المؤلف ولنختم ذلك
بان ننبه على ان ما قالوه في الحصر منسوب لعيوب الحوض لا لغيرها فيصح

اذا دققنا

اذا دققنا النظر ان نعنى بهذه الكلمة جميع الاحوال التى ينزنق فيها الرأس باى كيفية كانت فى الممرات العظمية

(القسم الخامس)

(فى ضيق الحوض)

اذا كان الحوض معيبا بحيث يصير الولادة غير ممكنة حتى بمساعدة الآلات التى ذكرناها اضطر لاستعمال احدى ثلاث وسائط حتى تخلص المرأة من الحمل الاولى ان يفعل فى الجنين شئ بحيث ينقص حجمه والثانية ان يوسع الحوض والثالثة ان يخرج الجنين من طريق صناعى ومن حيث ان هذه الكيفيات خطرة جدا للام وجنينها يلزم قبل استعمالها ان تعين الاحوال التى تكون تلك الوسائط لازمة لها فلاجل ذلك يلزم الطبيب ان يعرف الابعاد الصحيحة للرأس والحوض والاقطار التى يلزم ان تتوافق فى الازمنة المختلفة للطلق وان يعرف ايضا قدر النقص الذى يكون الرأس قابلا له ودرجة قوة المرأة وتشجيعها وان كانت معرفة ذلك تقريبية لا تحقيقية وقد اخترعوا مقاييس للرأس ووسائط لتحقيق ذلك الا ان الآكد هى الاصابع وان لم يتيسر لامهر المولدين ان يجزم فى بحثه بخطين او ثلاثة فى قطر من اقطار الرأس لما ان ذلك عسر التحقيق ومما يستدعى الانتباه ايضا درجة صلابة الحوض وشكل المضيق الضيق واتجاه محاوره فمثلا قد تلين الارتفاقات اى المفاصل بحيث يتأتى انزلاق بعض العظام على بعضها فاحدى العانتين تتجه الى الخلف فيطول بقدر ذلك القطر المنحرف المحاذى لها وكذلك عظما الحرقفة قد ينجذبان ايضا الى الامام بسبب انخساف العجز ودخوله بينهما فيحصل من ذلك اتساع زائد فى القطر العجزى العانى فاذا كان المضيق العلوى كثمانية بالرقم الافرنجى او ان الضيق كان من جانب واحد فقط وكان الرأس موضوعا بالعرض والقمحدوة ملتفتة نحو الجانب الاوسع من الحوض جاز فى بعض الاحيان ان يمر ذلك الرأس من هذه القناة وان كان الضيق فيها عظيما ولذا اقرب محور المضيق لمحور السلسلة الفقرية التزم طرفا القطر الجدارى

المزدوج اوالقطر القمعدوى القمى ان ينزلا معا مستدعيين مسافة ثلاثة قراريط تقريبا بخلاف ما اذا كان المضيق مائلا جدا الى الامام فان احدى الحدبتين الجداريتين يمكن ان تدخل قبل الاخرى بحيث تكتسب ثلاثة خطوط اواربعة فى النفوذ من الدائرة الحوضية * ونقول من جهة اخرى قال سميلى ان الرأس القابل للين جدا يطول على شكل مخروط فيدخل على هيئة وتد اذا كان الحوض ضيقا فاذا اندفع بقوة بواسطة الانقباضات الرحمية والعضلية من المرأة القوية جاز ان يطول ويتوافق مع الممرات كمرور السلوك فى المسحب فينقص بذلك حجمه نقصا عظيما كثلث حجمه الاصلى كما قال دانمان وبدقته النسبية يطول الى ثمانية قراريط كما قال بودلوك ويتسطح تسطحا كافيا بحيث ينفذ من مضيق ذى قيراطين ونصف ثم يرجع له حجمه الاصلى فى التقعير كما ظن ذلك بو يرو جميع هذه الاحوال يأتى فيها الجنين حيا فالمرأة التى يكون قطرها العجزى العانى قيراطين ونصفا قد تلد بدون اعانة الصناعة كما شاهد ذلك سوليس واتفق فى امرأة اخرى كانت العملية القيصرية لازمة لها الا ان قطرها العصعصى العانى كان ثمانية عشر خطا ومع ذلك ولدت من نفسها ولدا زنته عشرة ارطال ونصف واخرى فى بيت الولادة بباريس خرج منها ولد عند ما كانت تعالج بوضع الجفت ثم بعد موتها وجد قطرها العجزى العانى قيراطين وتسعة خطوط ورجع القطر الجدارى المزدوج من رأس جنينها الذى جاء ميتا الى ذلك القدر وكثيرا ما اتفق ولادة نساء بدون استعانة الصناعة مع انهن لم يخلصن فى الولادات السابقة الا بالشق العانى اوالعملية القيصرية اوتقطيع الجنين فلذا يلزم ان يكون عند الطبيب الممارس سلامة فى قوته الحاكمة وحسن تعقل فى الاحوال التى ترد عليه وان يتروى فى اعماله لاتقان صناعته وحفظ حياة هذه الكائنات الحية

وفى بعض الاحيان لا يتوافق الرأس مع شكل فتحات الحوض فينكسر وينضغط المخ بذلك انضغاطا مهلكا وقد تطول مدة انضغاط الحبل السرى وذلك يمنع فى الغالب خروج الجنين حيا فتسقط قوى المرأة حالا مع ان هنالك

واسطة لنزول هذا الحبل فى التقعير وسلامته من هذا الانضغاط وقد تلتهب المثانة وغيرها من الاجزاء الرخوة التى يحتك عليها الرأس بقوة او تتمزق او تنثقب والرحم المتهيجة جدا بانقباضاتها القوية قد تتمزق فتموت المرأة ولين الارتفاقات واستطالتها كثيرا ما يعقبهما تحرك فيها او عرج متعب فاذا اشتد الفساد حصل تسوس فيها او خراج ينتهى بالموت بسرعة او ببطئ فيكون هنالك خطران من المهم الاحتراس منهما ويلزم التمسك بحالة متوسطة بينهما

فلنفرض ان وضع الجفت وعملية التحويل لم يحصل منهما نفع او ان الحوض معيب بحيث لا يتأتى فيه استعمال هذه الوسائط ولا تنفع معه الافعال القوية من المرأة فيسأل ويقال هل توجه الآلات على المرأة او على جنينها ويقال ايضا اذا تحقق ان الحوض ضيق بحيث يصير ولادة جنين تام الاشهر والخلقة من الطريق الاعتيادى خطرة او غير ممكنة فهل تحرض الولادة سواء فى زمن متقدم قليلا عن الحبل او فيما بين الشهر السابع والثامن فقط وهل يمكن بمساعدة تدبير غذائى مضعف او علاج مضعف ان يمنع نمو الجنين الى حد ما بحيث يكون عند تمام الاشهر صغير الجسم وليكن ذكر ذلك فى فصول سترد عليك على الاثر

(الفصل الاول)

(فى التدبير المضعف لمن كان حوضها معيبا)

اذا كان حقا ان قوة الجنين الحيوى فى اغشيته تكون مناسبة لقوة الام لم يكن هذا القيل ولا احسن من اضعاف النساء المشوهة التركيب مدة سير الحبل لكن لما كانت النساء الاقوياء قد يلدن اولادا اضعافا والضعفاء المريضات بالطبيعة قد يلدن اقوياء كبار الجسم كان هنالك وجه للخوف من كون الحمية القاسية والاستفراغات الدموية الكثيرة لا يحصل منها فى تلك الحالة الا تصيير المرأة غير قادرة على تحمل العمليات التى قد يضطر لفعلها عليها وقت الولادة * قال المؤلف واعرف امرأة ولدت مرتين باعانة الصناعة وفى حملها الثالث فصدت عشر مرات واستعملت الاغذية النباتية بقصد عدم زيادة نمو جنينها فبذلك ضعفت جدا واما جنينها فلم يظهر كونه تأثر من ذلك ولما جاءها المخاض

احتاجت لاستعانة الصناعة كالعادة واعرف اخرى ولدت مرتين مع غاية المشقة ولم تخلص من الحمل فيهما الا بعد المكث فى الطلق الشاق ثلاثة ايام وبواسطة الجفت ولما حملت بالثالث اضعفت فلم يحصل لها فى الطلق الا ثقل اخف من العادة وولدت بدون اعانة الصناعة وبدون تعسر ولدا اصغر حجما من الولدين السابقين نعم اعرف ان بعض المولدين الصادقين استنتج من التجربة خلاف ذلك غير ان القاعدة العامة هى ان اضعاف المرأة يوقف غالبا نمو الجنين وقد يتخلف ذلك ولكنى لا آمر بهذه الواسطة الا نساء مصابات بضيق خفيف ويمكن ان يلدن بدون واسطة اذا كان الرأس غير عظيم الحجم

(الفصل الثانى)

(فى الولادة المحرضة لمن كان حوضها معيبا)

جزم جملة من مشاهير الاطباء بلوندرة نحو نصف القرن السابق بانه لا بأس للنساء المعيب حوضهن ان تحرض ولادتهن اذا ظهرت فى الجنين امارات الحياة ظهورا قويا واستعمل ذلك عندهم بعض المولدين ثم بعد ذلك ظهرت رسالة فيها تقديم العملية القيصرية عليها وفى بلاد النمسا عملت الولادة القهرية سنة ١٧٩٩ عيسوية وفعلها كثيرون بعد ذلك وفى فرانسا التبست اولا بالاجهاض مع ان هناك فرقا عظيما بينهما فان فى الاجهاض المحرض يقصد اتلاف البذرة لحفظ حياة الام بخلاف الولادة المعجلة فانه يجتهد فى اخراج الجنين حيا بدون ان نعرض حياة الام للخطر مع انه يخاف على حياتهما اذا طال الحمل حتى كملت اشهره

(المبحث الاول)

(فى الاجهاض المحرض)

الاجهاض الذى كانت تفعله عامة اليونانيين سابقا واشتهر فيه جملة من علمائهم لا ينبغى فعله الا اذا كان الحوض ضيقا جدا كأن كان المضيق العجزى العانى اقل من قيراطين مثلا واخطاره تكون من الواضح اقل مما يقال اذ فى شهرين اوثلاثة اواربعة بل خمسة يوصل بدون مشقة للجنين من العنق بمسبار

بل بالاصبع ايضا فتخلص الرحم منه كما تخلص من تجمدات الدم والاغشية الكاذبة وغير ذلك من جميع انواع الطبقات الكاذبة اما استعماله عند العامة لقصاص او ارتكاب ذنب او غير ذلك فعادة رديئة لا ينبغي فعلها ولا تعاطيها اذ ليس لنا ان نقتل جنينا حيا حتى في اشهره الاول وذلك لان الولادة المعرضة قبل الشهر السابع مهلكة للجنين ولا بد وبالجملة فنحن لا نتلف الاجنة متى كان هناك وجه يدل على ان الولادة تنتهي بانتهاء حميد اما في الاحوال التي ذكرناها فليس هناك وجه لذلك لان اغلب النساء اللاتي يفعل معهن ذلك في اواخر ازمنة الحمل يمتن واما في مسئلتنا فمن المعلوم ان الرأفة البشرية تمنع شراء حياة ممكنة للجنين بثمن هو العملية القيصرية او عملية الشق العاني * قال المؤلف اما انا فلا يمكنني ان اساوي بين الحياة الغير الثابتة لجنين له اربعة اشهر او خمسة او ستة ولا يكاد الى الآن يختلف عن النبات وليس له تعلق بالعالم وبين حياة امرأة بالغة لها ارتباطات كثيرة بالاجتماعات تستدعي حفظها وبقاءها بحيث انه في حالة التضايق الزائد للحوض اذا تحقق ان الولادة عند تمام الاشهر تكون غير ممكنة لم اتوقف في الوصية بالاجهاض في الاشهر الاول من الحمل

(المبحث الثاني)

(في الولادة الصناعية التي تعمل قبل وقتها)

متى كان بين العجز والعانة نحو قيراطين ونصف صح ان يجزم بنفع عملية الاجهاض المعرض ومن حيث انه شوهد حينئذ اندفاع الجنين حيا الى الخارج بدون اعانة شيء يظهر ان الشرف والرقة البشرية يمنعان ان توجه له آلة قاتلة من الآلات وان لا يعمل فيه شيء يستدعي موته ومن السعد ان طريقة الولادة المعرضة هي احسن الطرق لمجيء الجنين حيا بدون عروض جرح له لانه لا يراد هنا النفوذ العبائي في الرحم لاجل اخراج الجنين بعنف قبل تمام اشهره ولا عمل الولادة القهرية وانما القصد الزام الرحم بالانقباض ليندفع الجنين قبل ان تمزق الرأس مضيق الحوض

(المطلب الاول)

(فى اعتبار هذه العملية والحكم عليها)

الولادة المحرضة يصح على الخصوص فعلها بعد السابع اذا كان الحوض قيراطين ونصفا او ثلاثة قراريط لا ازيد فانه على حسب اقيسة القابلة لشبيل لا تكون سعة القطر الجدارى المزدوج فى الشهر السابع ازيد من ثلاثة قراريط بل ربما كانت اقل من ذلك فحينئذ يكون الحال مثل ما اذا عملت الولادة فى تمام الاشهر فاقذا الجنين فيهما من قطر عرضه ثلاثة قراريط ونصف لكن كيف يعرف بالضبط ان الجنين فيه قابلية للحياة فاذا اخرت العملية خمسة عشر يوما لاجل التأكد فا الذى يحقق لنا ان الرأس ليس عظيم الحجم حتى ينفذ من المضيق واذا امكن نفوذه بعد ثمانية اشهر أفليس القريب للعقل نفوذه منه ايضا فى آخر التاسع كيف وقد اتفق لامرأة محرضة جزم طبيبها وهو الحكيم كيلس بان يعرضها للولادة قبل اوانها فوضعت وحدها دفعة بدون استعانة بشىء وامثال ذلك كثيرة يظن منها ان العملية لا تكون لازمة ولنزد على ذلك انه يؤخذ من كتب بعض الاطباء ان الولادة قبل اوانها كثيرا ما تحرض فى بلاد النيمسا والفلمنك وايطاليا بدون لزوم لها لكن مع ذلك لا يكفى لهجر استعمالها واما الاخطار التى تنسبوها لها فهى مبالغة وافراط من الفرنساويين من زمن بودلوك القائل بانها تلزم لاجل التزيف الى زمن قابرون الذى وصف هذه العملية بانها من التعدى والتهجم على القوانين الالهية البشرية

اخطارها فى جانب الام * علم من التجربيات الآن ان هذه الاخطار للام ترجع الى شىء يسير فالنزيف والتشنجات والتهاب البريتون والاسقيروس وجميع التغيرات الممكنة فى العنق لم تكن اكثر مشاهدة بعد الولادة المحرضة منها بعد الولادة التامة الاشهر فان المرأتين اللتين عمل لهما كيلى هذه العملية لم يعرض لهما شىء مغم اصلا ومثل ذلك ثمان امثلة للطبيب دانمان وفى اربعة وثلاثين مثالا لاجتنيت بعده فقدت امرأتان فقط بل ميرمان لم يفقد منه احد من ست

واربعين

وار بعين امرأة وبالجملة فالامثلة كثيرة وموت الام فيها نادر جدا ولا يكون غالبا الا من اشياء خارجة كاستسقاء الصدر وتمزق الرحم وغير ذلك من العوارض الغريبة عن الولادة المحرضة

اخطارها فى جانب الجنين * اما الاخطار بالنسبة للجنين فليست كهى بالنسبة للام لانه فى سبعة واربعين جنينا على يد ميرمان جاء ستة وعشرون موتى وخمسة احياء لكن ليست فيهم امارات الحياة قوية وستة عشر بقيوا احياء نعم اتفق فى سبعة وعشرين جنينا مع هملتون انه بقى منهم ثلاثة وعشرون ومنهم من شاهد حياة خمسة من ستة وتسعة من اثنى عشر واربعة وثلاثين من سبعة وستين وخمسة وثلاثين من اثنين وخمسين وواحد من اربع واذا جمع بين تلك المشاهدات بالحساب شوهد ان الموتى من الاجنة على النصف واخطارهم تكون اقل كلما كانوا متقدمين فى السن وقت العملية والسبب المميت لهم فى مثل تلك الحالة هو عدم قابلية الحياة فيهم وضيق الحوض والحركات التى يلزم الطبيب فعلها فلا ينظر لزوم الاندفاع المحرض فى مبدأ الشهر الثامن الا اذا كان الحوض مشوها بحيث لا يكون هناك واسطة اخرى احسن من ذلك لتخليص المرأة فاذا خيف الخطر من الوسائط المستعملة فى هذا الزمن كان الخوف فى الازمنة الآتية اعظم لعظم الخطر حينئذ

* قال المؤلف وهذه المسألة بالنظر لهذا الخطر المزدوج اعنى من جهة الام ومن جهة الجنين سهلة البيان وانها بتدقيق النظر لا بد وان تكون فى فرانسا كما هى فى غيرها من اقاليم اوروبا لانه اذا قوبل نتايج الشق العانى والعملية القيصرية وتكسير الرأس بنتايج الولادة المحرضة لم يتوقف فى قبول ذلك وتسليمه والامل ان هذا الرأى الذى هو واضح الآن بمشاهدات كثيرة اشتهرت فى الجرنالات والمؤلفات يصير مختارا عموما فى فرانسا كما اختير سابقا فى بلاد الانقليز والنمسا وايطاليا من مدة سنين كثيرة

(المطلب الثانى)
(فى الدلالات لهذه العملية)

المناسب تجريض الولادة قبل وقتها اذا كان الحوض اقل من ثلاثة قراريط وخطين او ثلاثة واكثر من قيراطين ونصف بل هنالك وجه للنجاح ايضا اذا كان قيراطين ونصفا بل قيراطين فقط وفى بعض الاحوال قد يلتجأ لذلك وان قرب المضيق لثلاثة قراريط ونصف فان كان حقا ان القطر الجدارى المزدوج فى نهاية الحمل يندر ان يكون ثلاثة قراريط ونصفا وان احدى الحدبتين الجداريتين تنزل فى معظم الاحوال قبل الاخرى وان جميع الرأس يسهل نقصه خطين او ثلاثة مدة الطلق يكون اليقين ايضا ان الاجزاء الرخوة او الانحرافات او النتوات المعيبة للحوض ترفع اقله بعض خطوط من اقطار المضيقين وان ادنى تضايق فى الحوض يصير فى الغالب الولادة متعبة جدا وان لم يحصل منه عايق قوى لخروج الجنين * ومن جهة اخرى حيث علم ان الرأس يكون اقل عرضا بقيراط فى الشهر السابع منه فى التاسع وانه قابل ايضا النقص اكثر علم ايضا ان الجنين الذى فيه امارات الحياة يمكن ان ينفذ من مضيق ذى قيراطين او قيراط وربع والتعسر هنا هو ان يعين بالضبط سعة الاقطار الحوضية وان يعرف بالتدقيق سن الجنين او درجة نموه لكن هذا التعسر لا يوجد الا فى الغايتين للحدين المذكورين ويعلم من الولادة الاولى ما سيحصل من البنية حتى لو وقع الغلط بعد ذلك فى بعض خطوط فما الضرر الذى يحصل منه فاذا كان الحوض اوسع مما ظن فعلت الولادة المحرضة قبل اوانها بدون تعب والجنين المندفع يكاد ان لا يحصل له خطر من ذلك اما اذا كان زائدا فان الجنين يموت ولابد والمرأة تنجو واما عند تمام الاشهر فان كلا منهما يعرض للموت فاذن يلزم ان تعمل هذه العملية متى كان الحوض من قيراطين ونصف الى ثلاثة قراريط ولا يستثنى من ذلك من هى فى اول حمل لها خلافا لبعضهم وفى اعلى عن ذلك ينتظر اول ولادة لتوضح التشخيص وفى نساء اخر يكون التعسر اقل جدا مع انه لم يتيسر لهن فى مرة من مرات الولادة ان يضعن وحدهن وانما كان يلزم لهن فى كل مرة استعمال الجفت او التحويل او تكسير الرأس ولم يستخرج الجنين منهن حيا اصلا ففى هذه الحالة تكون الولادة

المحرضة

المحرضة قبل اوانها هى الواسطة التى يحصل منها النجاح ولا يكفى ان تولد
جميع اجنة امرأة موتى حتى يعمل مثل هذا العمل كما اظن ذلك دائما ان
لان من الاسباب التى تميت الجنين ما يصح ان يزول بعد ان يعوق المرأة فى مرات
كثيرة من مرات الحبل المتتابعة ولكن لنا ان نتجاسر ونقول ان هذا العارض
منها هو آكد الدلالات اذا كان ناشئا من ضيق الحوض ثم قد تفعل الطبيعة
ما تجتهد الصناعة فى اصلاحه فتكون هى اول مرشد للصناعة فقد يتفق
ان بعض نساء مساكين لا يلدن الا الاجنة ميتين بسبب تضايق
فى حوضهن ولكن ينتهى حالهن بان يلدن اجنة احياء بدون استعانة الصناعة
ويكون فى الغالب سبب ذلك كون الجنين جاء قبل تمام اشهره او كونه
اصغر حجما عن العادة فاذن لا تكون الولادة المحرضة الصناعية الا تقليدا
للطبيعة * قال المؤلف وقد اهتديت بذلك وكنت اول فاعل لهذه العملية
بفرانسا سنة ١٨٣١ عيسوية ونجحت معى وفى مرة اخرى كنت مع بعض
الاطباء ولم يمكن توليد المرأة الا بواسطة القطع الرأسى وفى مرتين بعد ذلك
ولدتها مرة بالجفت ومرة بالتحويل وكان الجنين ميتا واتفق ان كان مع المرأة
فى الولادة الرابعة طبيب آخر لم يسعده النجاح وفى الحمل الخامس حصل للمرأة
مشقة عظيمة فى ابتداء الشهر الثامن فنادونى فظهر لى ان حالة المرأة جيدة
فاخذت فى فصل البذرة ثم تمزيق الاغشية وكان الطلق باردا فظهر بقوة
فى اليوم الثالث وكان الجنين فى وضع من اوضاع الحوض فتنزلت الرجلان ولكن
لم ينقد الرأس للخروج الا بجذبات قوية ومع ذلك جاء الجنين حيا واتفق لسميلى
حالة نحو ذلك فكان القطر العجزى العانى اصبعين ونصفا وجاء الجنين السادس
وحده بدون اعانة لكونه كان صغيرا وفى سن ثمانية اشهر وفى مشاهدات لكل
من الحكيم ريك وفوديريه ما هو اقوى من ذلك فكانت النساء اولا لا يمكنهن
الولادة الا بالآلات وخلصن من حملهن بالولادة المحرضة قبل اوانها ثم انتهى
الحال بان صار لا يفعل ذلك فيهن فى الولادات اللاحقة التامة الاشهر وذكر
الطبيب ميه ان الولادة المحرضة تستعمل فى احوال موت الجنين لكن نقول

ليس فيها حينئذ المنفعة التي في الاحوال السابقة وذلك اولا لان الجنين الميت لا يبقى في الرحم الا في بعض احوال نادرة وثانيا انه لا تفعل عملية على الام اذا تعوق خروجه لكن من حيث ان وجود جنين ميت في اعضاء التناسل يعرض لاخطار كثيرة وربما ماتت المرأة منه كما شاهد المؤلف ذلك فلاي شئ لا يكون تحريض اندفاع الجنين الى الخارج احسن واقوى حزما من انتظار خروجه الذي ربما طال زمنا طويلا

وربما يسأل ايضا ويقال هل لا ينبغي تحريض الولادة قبل اوانها في النساء المصابات بالامراض المزمنة التي يصيرها الحمل اخطر والتي من طبيعتها ان تميت الجنين قبل الزمن الطبيعي للطلق * نقول ذكر بعضهم انه كما تستعمل الولادة المحرضة لضيق الحوض تستعمل ايضا في الحبل المتأخر عن وقته اذا كان موت الاجنة يحصل عادة قبل تمام الاشهر بزمن ما وفي الامراض المخوف بقاؤها بالحمل والمهددة بموت الام كالنزيف الرحمي وانقلاب الرحم الى الخلف والاستسقاء وآفات القلب والاستسقاء الصدري والقيء المستعصي او الضعف الزائد نحو آخر الحمل وهذه مسئلة دقيقة تحتاج لبحث عميق ونهاية ما نقول انه ما تجري ايضا في جميع الامراض التي يمكن ان تقتضي تعب المرأة في اواخر حملها كالنزيف وغيره من العوارض التي تعرض قبل الطلق ومعه فان اختير لزوم مساعدة المرأة في الحالة الاخيرة فلاي شئ تترك بدون اعانة في الحالة الاولى مع ان بالولادة المحرضة يمكن ان يأتي الجنين حيا فاذا ماتت الام قبل تمام الاشهر مات جنينها معها في معظم الاحوال بل في كلها فيمكن اذن ان يجزم بالولادة المحرضة من بعد سبعة اشهر ونصف او ثمانية بسبب مرض من امراض القلب آخذ في التقدم او استسقاء صدري او بطني مع اصابة عضو بتشنيلية او غنغرينا متسعة غير محدودة واسهال مهلك وفلوس في الاستسقاء الامنيوسي وكم اتفق لهم عدم استعمالها في اندغام المشيمة على العنق

ثم ان الولادة المحرضة ربما كانت خطرة في امور اولا اذا وجد بعض عيوب

اوتغيرات

اوتغيرات فى الاجزآء الرخوة قادرة على ان تكون مانعة لخروج الجنين اعنى اذا كان مضيق الحوض ليس هو المعسر وحده للطلق وثانيا اذا عرف ان المضيق المعيب عريض من جهة اكثر من الاخرى وان القمحدوة فى الولادة الاولى دخلت من الجانب الضيق اما اذا جاء الرأس من الجانب الآخر المقابل لذلك فانه يمكن ان يمر وثالثا فى مدة سير مرض حاد ورابعا اذا جاء الجنين مجيئا معيبا وخامسا مادام الجنين غير موجود فيه امارات المعيشة اعنى الى آخر الشهر السابع او الاسبوع الثامن والعشرين وسادسا اذا لم يؤكد جيدا اقطار الحوض ونهاية الحمل وحقية الاخطار المهددة بها الام او الجنين اذا ترك الحمل لمدته الطبيعية وسابعا قال ميرمان لا يجزم بالعملية بدون ان يرى المرأة اطباء آخرون ويرون لزوم العملية لها

(المطلب الثالث)

(فى طرق العملية)

كان لهذه العملية سابقا اربعة طرق * احداها تقوم من التريحات ونحوها مما يستعمل من الخارج وهى لا تكفى فى معظم الاحوال * والثانية كيفية هملتون وتعمل بواسطة الاصابع او بالالات المجوفة التى بها عدتها تفصل البذرة فى سعة ثلاثة قراريط حول العنق بدون ان تثقب الاغشية * والثالثة تثقب فيها الاغشية الجنينية او تمزق بعد النفوذ من الفوهة * والرابعة يقتصر فيها على توسيع العنق الرحمى بمخروط من اسفنج وهاتان الطريقتان الاخيرتان هما اللتان بقى استعمالهما واما الثالثة فيفقد فيها غالبا النتيجة المهمة بحيث احتيج الى اعادتها ثلاث مرات فى ازمنة مختلفة فى مثال ذكره ريك وفصل الاغشية لا يكفى فى الحقيقة لاحداث الانقباضات الرحمية واما تمدد العنق فبرهى ولا يمكن انالته فى اول العمل الا نادرا واما الاتساع بواسطة الاسفنجة الذى اخترعه الطبيب كاوج فله نتيجة اقوى من ذلك والتهيج الناشئ من ذلك مستدام تدريجى منتظم محفوظ بالضغط الذى يحصل من هذه السدادة الموضوعة فى المهبل فالرحم بهذا التأثير المنبه تفعل فعلها الانقباضى

ويندر ان لا يكتسب الطلق بسرعة قوة كافية

والطريقة القديمة وهى التى تقوم من فتح الاغشية تعمل بكيفيات مختلفة بعضها ان تستفرغ فيه المياه دفعة واحدة وهو رأى كلارك وبعضها يطئ وقد جعلوا لذلك آلات كابرة قنوية او مجس رجال فيه انخناء قليل اومسبار مخروطى اومعه سن حاد اوالباذلة المعوجة لو نزيل جميع ذلك مختار فى بلاد النمسا * قال المؤلف وكل ذلك يقل الاهتمام به ويلزم ان يكون فيه تعسر وانما المهم هو ان يعرف هل الاحسن تفريغ البذرة بطئ لا دفعة اوان يقتصر على توسيع العنق بدل تمزيق الاغشية اما انا فاظن انه اذا لم تتبع طريقة كاوج وهى توسيع الرحم بالاسفنجة فلتتبع طريقة كلارك وهى ان تستفرغ المياه دفعة فانها نافعة فبالبطء يمكن ان يرجع الخلو الذى يحصل فى الرحم الى شئ يسير لا ينتج منه ردفعل اصلا فالخوف من الفراغ الذى يحصل فى البذرة غير قوى الاساس فمهما كان اتساع فوهة الاغشية لا يسيل الاجزء من المياه مادامت الانقباضات ضعيفة فاذا قويت لم يحتج الجنين لان يحفظ بالسائل الامنيوسى واقول بالاختصار ايضا لا ارى خطرا يحصل من استعمال الاسفنجة والسدادة فانها تعطى للرحم زمنا تتجهز فيه بدون ان يعرض الجنين لخطر ولا شئ فيما بعد يمنع انفجار الاغشية اذا تعوق ظهور الطلق اوسار بطئ * ومتى جزم بالعملية توضع المرأة كما توضع للجس ويجتهد فى ان يمس العنق بسبابة يد واليد الاخرى تحفظ انخثاء وبواسطة التأنى والاعتياد على الممارسة يوجد العنق دائما فيتشبث به بل ويوسع ويتقدم منه نعم يحصل بعض تعسر فى اول ولادة للمرأة ويزيد التعسر اذا كان المراد الاجهاض لا الولادة المعرضة لكن مع ذلك لا يحصل بالنظر لذلك عائق ثقيل لامرأة حامل

فاذا لمس الاصبع العارية الاغشية يوجه اليها مخروط من اسفنج مجهز طوله قيراطان او ثلاثة وسمكه قرب رأسه من خطين الى ثلاثة ويكون محاطا بخرقة رقيقة مدهونة بمرهم بسيط ومشبوك فى قاعدته خيط صلب ثم يدفع الى الداخل جزء منه اقله نصف طوله ثم يوجه للمهبل كتلة من اسفنج غليظة

كالبيضة ويمكن ايضا ان يوضع فيه سدادة من تفتيك او من خرق وجميع ذلك يحفظ من الخارج برباط ثلاثى ويجدد هذا الجهاز فى كل اربع وعشرين ساعة اذا لم يظهر الطلق بخلاف ما اذا ظهر فانه يترك حتى تصير الانقباضات الرحمية واضحة قوية ثم يعمل بمقتضى الدلالات كما فى الطلق الاعتيادى فاذا اجرينا على الاختيار ثقب الاغشية ولم يمكن وصول الاصبع اليها يستخدم مرشد اما المسبار المخروطى الذى يستعمل للتقطر القهرى او المسبار ذو السن او منقار القاثاطير المبولى الاعتيادى او مخاس او ابرة او باذلة محوية فى قناة او ساق معدنى نظرا الى ان تمزيق البذرة غير عسر ولا يخشى خطر اصابة ثقيلة للجنين ولا للرحم فاذا اخرجت الآلة والاصبع تمت العملية وينتظر ظهور الطلق وانقباض الرحم ويندر ظهور الاوجاع حالا بل وبعد بعض ساعات وانما العادة ظهورها فى اليوم التالى وكثيرا ما لا تتضح الا فى الثالث او الرابع بل قد لا تأتى الا فى السادس او السابع حتى انه اتفق مجيئها فى الحادى عشر ويمكن ايضا ظهورها ودوامها اياما كثيرة ثم تغيب وتستدعى بعد ذلك عملية جديدة وطريقة هملتون وهى الثانية تعرض خصوصا لهذا البطئ ولهذا الشك وطريقة كلارك اقل من ذلك

والاحتراسات المخصوصة التى تستدعيها الولادة المحرضة هى بعض استحمامات وفصد صغير وحقن مرخية اولعابية فى المهبل قبل الابتداء فى العملية والاحتراسات المأمور بها فى تمزيق الاغشية قبل او ان تمزقها وتحضير مرضعة قريبة فى حالة ما اذا لم يكن فى الام لبن * ولا حاجة لان نتكلم هنا على منفعة الشيلم المقرن للاستغناء عن ذلك بما ذكرناه سابقا فى مبحثه المخصوص به

(الفصل الثالث)
(فى العمليات التى تعمل على الام)

(المبحث الاول)
(فى موت الجنين وعلاماته)

لا شك ان الجنين لم يزل حيا مادام متحركا او سمعت حركات قلبه بالاستماع وانه يكون ميتا اذا نزلت منه اهداب متعفنة يعرف كونها منه واما موته او حياته فى غير هذه الاحوال فذلك معدود من المسائل التى هى فى غاية الدقة والصعوبة من هذا العلم فموت الجنين كالحمل يظهر بعلامات كثيرة لكنها مختلفة جدا وغير يقينية كيف لا مع انه قد لا يمكن الحكم بشئ من ذلك على جنين ولد بالفعل مع انه تجاه الاعين وعلى كل حال فعلامات الموت يصح ان تقسم كعلامات الحمل الى رتبتين عقلية ومحسوسة فلنجعل ذلك فى مطلبين

(المطلب الاول)

(فى العلامات العقلية)

العلامات العقلية تشاهد قبل الطلق وفى مدته

العلامات التى تشاهد قبل تمام الاشهر * اذا حصل من المرأة سقطة او حركات قوية او ارتجاج عنيف او اصطدم بطنها بجسم صلب او جومعت جماعا شديدا او حصل فيها انفعال نفسانى قوى او افعال غير اعتيادية او كان معها مرض ثقيل واستعملت ادوية قوية الفعل جدا او عرضت لبعض الاسباب التى تسبب الاجهاض كان ذلك حاملا على ظن موت الجنين اذا احست بعد حصول ذلك العارض بيسير بنافض وغثيان وثقل فى الحوض وتغير طعم وقشعريرة وبرد فى البطن وعظم فى الثديين وامتلائهما لبنا ثم انخفاضهما وتبعت الرحم اميل جزء من الجسم وذهبت الى اليمين او اليسار او الامام كما يفعل ذلك جسم خامد لا فعل له وكذا اذا انقطعت حركات الجنين الذاتية فجأة فاذا لم يتغير حينئذ حجم البطن وتصاعد من فم المرأة رايحة عفنة وحصل لها هبوط عام او حمى مستدامة قرب للعقل موته ايضا

العلامات التى تشاهد وقت الطلق * يتضح موت الجنين بخروج العقى وفقد الحركة فقدا تاما او خروج الرايحة العفنة من المهبل او من الرحم مع المياه وبطئ الاوجاع واغلب الظاهرات التى ذكرناها قريبا ويخاف خصوصا من موته اذا سال السائل الامنيوسى قبل اوان سيلانه او بزمن طويل وكان وضع الجنين

رديئا او اتجهت الانقباضات الرحمية بقوة للجنين نفسه باى كيفية كانت

(المطلب الثانى)

(فى العلامات المحسوسة لموت الجنين)

العلامات المحسوسة لا يدرك شئ منها الا من حين امكان جس شئ من اجزاء البذرة بدون واسطة وقد عد من جملتها خروج الحبل السرى وغيبوبة ضرباته وعدم امكان تحرك الجنين باى تأثير كان وان امكن رفعه فى الرحم وخروج اهداب من البشرة التى ازيلت عنه وعدم وجود الورم القليل الرخاوة فى الرأس وتحرك عظام الجمجمة وضعف المقاومة التى تحصل فى الصدر اوغيره اذا ضغط عليه وفقد ضربات القلب ونحو ذلك ولكن لنا ان نقول لا يستند على واحد منفرد من هذه الاعراض بحيث يحكم به بدون توقف على موت الجنين فلذا كان التعويل عليها قليلا وانما يمكن باجتماعها مع بعضها ان يستند عليها ويمكن ان يحصل انتفاخ الثديين ثم هبوطهما مع كون الجنين باقيا على حياته فلا تعويل على ذلك ايضا ولو توافقت مع معظم العلامات الاخر العقلية واذا مات الجنين فبالنسبة للبنية ينتهى آخر عمل للتوليد والتناسل فبعد ذلك يحصل التغير اللبنى بمثل ما يحصل اذا اندفع الجنين الى الخارج وربما قيل مثل ذلك فى التعب الذى تحس به المرأة فى جميع حركاتها وفى الثقل الذى تستشعر به فى حوضها

وقد تسيل المياه قبل موت الجنين بثلاثة ايام او اربعة او عشرة او خمسة عشر او ثلاثين بل خمسين يوما على رأى بعض المؤلفين لكن الغالب خلاف ذلك فاذا نزل العقى ولم يكن الذى جاء هو الحوض كان الخوف من موته اعظم وان شوهد فى هذه الحالة مرات كثيرة خروج الجنين بعد ذلك بجملة ساعات حيا قويا جيد الصحة فاذا نزلت المقعدة اولا كان خروج العقى طبيعيا لانه يحصل من الانضغاط الذى يحصل فى الخثلة عند نفوذها من الفوهة او من المضيقين فاذا جاء الرأس اولا لم يوجد هذا الانضغاط الذى هو سبب ذلك فالامعاء لا تستفرغ موادها الا اذا ضعفت العضلات العاصرة كغيرها من بقية

العضلات فتسترخي بحيث لا يبقى فيها مقاومة لفعل الرحم وليحذر الطبيب من ان يغش بالمنظر الوحل او اللون المخضر للمياه لان ذلك صفة توجد كثيرا بدون ان يكون العفن له دخل فيها * والجنين الحي قد تنقطع افعاله العضلية دفعة ويبقى جملة ايام او جملة اسابيع الى وقت اندفاعه التام بدون ان يتحرك ومع ذلك لم يحصل من ذلك خطر اصلا وامثلة ذلك كثيرة ومن جهة اخرى تقول كثيرا ما تظن المرأة انها تحس بالحركة مع ان الجنين مات قبل ذلك بزمن طويل ومن امثلة ذلك مشاهدة للمؤلف وهي ان شابة ولدت جنينا ميتا اقل ماله من موته اربعة ايام او خمسة مع انها ذكرت قبل ولادته بنحو ساعة انها تحس بحركته وهذا لا ينافي ان هذه العلامة لها اعتبار عظيم عند الاطباء ولذلك ساغ لهم ان يرتعبوا اذا شاهدوا في سير طلق شاق ان الجنين انقطع تحركه دفعة بعد ان كانت حركاته قوية تشبه الحركات التشنجية

وقد تنفصل اهداب بشرية او شعر من اجزاء من الجنين ملتهبة او متغنغرة او متقرحة بدون ان يموت ذلك الجنين كما شوهد ذلك واما اذا كانت هذه العلامة ناشئة من التعفن فانه يلزم لها موت الجنين قبل ذلك بزمن طويل ومتى امعن الطبيب نظره لم يغش في ذلك * قال المؤلف ويظهر لي ان الرائحة المتصعدة من المهبل لا تفيد شيأ ما دام جيب المياه غير متمزق اما بعد ذلك فهي عندي من اعظم العلامات وتنشأ ولا بد من كون الهواء اذا دخل في تجويف الرحم التي محنت جدا بسبب انقباضاتها يعين اعانة قوية على تعفن ما بقي من السائل في الاغشية وقد تظهر هذه الرائحة بسرعة وربما صارت غير مطاقة في مسافة بعض ساعات ويعسر ان تشتبه بغيرها مما يتصاعد من قروح او صديد والى الآن ما شاهدتها الا والجنين ميت ومع ذلك ذكر نجيل مشاهدة اجنة بقيت حياتهم مع ان المياه كانت مسودة نتنة وانفصلت منهم البشرة وصار لون الاغشية والحبل اصفر مخضرا وذكروا ايضا جنينا صاح وتنفس مدة نصف ساعة مع ان علامات التعفن فيه كانت واضحة * واما ورم جلد الجمجمة فمن حيث انه يحصل من تراكم السائلات اسفل الجزء من الرأس المختنق في عنق

الرحم او فى مضيق الحوض اختناقا تختلف مدته وقوته يكون من الواضح انه لا يتكون اذا مات الجنين قبل انفجار الاغشية اما اذا مات بعد تكونه فانه يجوز ان يبقى ذلك الورم كما اذا لم يحصل الموت اصلا ولنذكر انه يسهل الغلط فى تراكب عظام الجمجمة وتحركها على بعضها مع ان هاتين العلامتين قد يحصلان من اسباب مختلفة غير ذلك فلا يعول عليهما

فان امكن وجدان الحبل السرى بالجس تحقق بسهولة هل فيه ضربات ام لا

* قال المؤلف والعجب كيف يغلط فى ذلك طبيب ماهر ولا يعرف حالة الجنين اى هو ام ميت نعم قد تنقطع ضربات اوعية هذا الساق عند ما يحصل من المرأة او الرحم حركة عنيفة بدون ان يحصل للجنين خطر من ذلك عظيم فالحكم بموت الجنين لا يؤخذ من البحث فى الحبل وقت انقباض الرحم وانقطاع الاحساس بالضربات حينئذ وانما يجزم بذلك بعد ان يتأكد انقطاع الضربات مدة دقائق كثيرة فى وقت الانقباضات الرحمية وفى غيبتها واسفل الرأس كتحته سواء وجدناه ساكنا او منضغطا وايضا لاجل زيادة التأكيد اذا لم يخرج الرأس من المضيق العلوى بما المانع من ان تزلق اليد فى عنق الرحم كثيرا او قليلا ليعرف هل حركات القلب باقية ام لا وليجس ساق الحبل من محل اقرب لاصله او خال من الانضغاط فمتى وجدت جملة هذه العلامات او الرئيس منها لم يكن هنالك وجه للتحير فى الحكم بموت الجنين غير انه قد تفقد احيانا وقت الاحتياج اليها ولم يكن هنالك زمن للتأنى ولا يخفى ما فى ذلك من التعسر والخطر اذ كيف يصح ان تعمل عمليات ثقيلة بل مهلكة على الام مع ان جنينها ميت او كيف يقطع الجنين قطعا مع انه حى

واخترع بعضهم واسطة لمعرفة ذلك بان يوضع طرفا دائرة كهربائية فى الرحم او على جزء من الجنين بل او على بطن المرأة فبالضرورة تحصل انقباضات الجنين العضلية اذا لم يكن ميتا وهذا وان تقوى بنظائره وبالتعقل الا انه يحتاج تأكيده لتجريبات طويلة لما فى ذلك من العسر والثقل

فاذا كان الجنين حيا ينبغى لحفظه ان توسع الفتحات التى يلزم نفوذه منها

وتعمل له فتحات جديدة ولقد اختار اطباء اول القرن الماضى اذا كان الحوض معيبا بحيث يصير الوضع غير ممكن ان يقتل الجنين وقالوا ان ذلك احسن من ان تعمل عملية على الام فتجاسر بعضهم بالنظر لذلك ومنهم مورسوس على تقطيع الجنين او على تكسير رأسه وبعضهم ومنهم دولاموت اظهروا انهم اكثر شفقة من الاول فامروا بانتظار موت الجنين ليقطع بعد ذلك وهؤلاء فى الحقيقة اكثر وحشية من الذين قبلهم واما الآن فالمستعمل هو الشق العانى او العملية القيصرية ونجاح ذلك عظيم ولا يصح استعمال عملية تقطيع الجنين الا اذا علم موته او تحقق عدم معيشته .

(المبحث الثانى)

(فى الشق العانى)

تاريخ * لما علم ان عظام الحوض قابلة للانقياد والاطاعة مدة الحمل كما سبق لنا ذكر ذلك ظن كثير من القدماء انه لا بأس ان يعان لين تلك العظام اذا كان الحوض ضيقا بالتطولات والضمادات والاستحمامات الموضعية او العامة فكان هذا نهاية ما هو عند القدماء فى عظام الحوض قال بعض المتأخرين وكلام جالينوس فى الكلام على الحوض يلمح له وذكر عن بعضهم انه فصل عظما العانة عن بعضهما من بنات عند ولادتهن لتكون ولادتهن اذا كبرن سهلة ومع ذلك نقول لم يعلم ان احدا من الاطباء عمل هذه العملية قبل سيغولتوس فى امرأة حية بل ولا سلفيوس خلافا لمن زعم ذلك وذلك انما ولا ابدى رأيه فى ذلك لديوان الاطباء الجراحين فمنهم من اهمل قوله ومنهم من زيفه ثم ذكر رأيه فى رسالة بحث قدمها فى مدارس انجير بفرانسا سنة ١٧٧٣ وبعد ذلك باربع سنين عمل عملية بحضرة لورواس لامرأة وحصل نجاح فيها وسلمت المرأة وجنينها من الخطر فحصل بذلك هيجان غريب للاطباء واشتهر مدح هذا الجراح وجوزى من اهل مدرسة هذا الطب بباريس بنيشان شرف مع ان كلامه قبل ذلك كان عندهم فى زوايا الاهمال فرجعوا وقالوا ان هذا الشخص هو اول فاعل خير للبشر ثم تنازع الناس فى نجاح تلك العملية

فمنهم من مدحها ومنهم من هجاها وانقسموا الى قسمين قسم قدموها على القيصرية وقسم قدموا القيصرية عليها ولم يزل الحال كذلك الى ابتداء هذا القرن الذى نحن فيه ونهايته ان سيغولتوس غلط فى كونه جعلها بدلا عن العملية القيصرية ولقد زالت الآن التشككات والاغراض وصار الشق العانى فى غاية الاعتبار واعطى له حقه من المنفعة وطالما شوهد تمزق الارتفاق العانى فى مدة الطلق وارتخاء تلك المفاصل وذلك مما يؤيد ان تلك العملية تقدم حصولها بالطبيعة قبل ان تعملها الاطباء

(المطلب الاول)

(فى كيفية حصوله)

اذا قطع الليف الغضروفى الذى بين عظمى العانة سواء بعد الموت اوفى مدة الحياة تباعدت العظام من ذاتها غالبا نصف قيراط اوقيراطا ومتى انقطع الغضروف كان العظم الحرقفى على هيئة رافعة من النوع الاول فيكون مركز الحركة فى الجزء الخلفى من السطح المفصلى للعجز والفرع الخلفى من هذه الرافعة الذى هو قصير جدا ويتكون من الحجبة ينجذب الى الخلف نحو الخط المتوسط بالاربطة العجزية الحرقفية الخلفية وفرعها المقدم المنثنى اثناء قويا يبعد بقدر ما زاد فى الطول عن فرع القوة اى ذراعها ومقدم الارتفاقات الخلفية ينفتح نصف انفتاح والمنسوج الليفى الذى يغطيها ينقاد فيستطيل ويعتدل وينفصل والوسادة المرنة التى من الخلف تنخسف والعجز المنضغط من الخلف الى الامام يذهب نحو باطن الحوض الذى يكون مضيقه العلوى كما قال دليبش على هيئة مثلث وتر زاويته القائمة اى الضلع المقابل لتلك الزاوية يكون من الخلف فاذا اضاف الجراح ايضا على تباعد العانتين الضغط على العرفين الحرقفيين تحولت القوة الى الفرع المقدم من الرافعة وعلم انه لا يلزم حينئذ قوة عنيفة لتمزق جميع ارتباطات المفاصل الخلفية وبالنظر لهذه الحالة خصوصا قال بعض المولدين انه كلما انتقل العجز الى الامام لزم ان يزول شىء من عظم القطر المقدم الخلفى ومثل ذلك ايضا يحصل فى الحوض الفارغ وفى قطع القوى

المشفوقة اما على المرأة الحية فانه كلما تباعدت العانتان دفع رأس الجنين العجز الى الخلف زيادة عن حدوده الطبيعية لكن لا يسمح له بان يتقدم في التقعير ومع ذلك من الخطر ان تبعد عظام العانة زيادة عن قيراطين فان الزيادة على ذلك لا تحصل بدون ان تتمزق المنسوج الخلوى المتخلخل الكثير الذى في التقعير فتتولد الالتهابات المخيفة

قال المعارضون لهذه العملية من حيث انكم اجمعتم اولا على انه ليس من الحزم ان يجتهد في التباعد اكثر من قيراطين او قيراطين ونصف وثانيا على ان القطر المقدم الخلفى لا يعظم الا خطين في تباعد قيراط واربعة خطوط في قيراطين ومن ستة الى ثمانية في ثلاثة قراريط يكون من الواضح انكم لم يتيسر لكم الا اتساع ثلاثة خطوط او اربعة فكيف تعملون هذه العملية الثقيلة لاجل اكتساب ثلاثة خطوط * ولقد ظهر انهم اولا عدم الجواب عن هذا الايراد لكن بعد ذلك عرف ان الحدبة الجدارية بدخولها في الخلو الذى بين العانتين تزيل من احد اقطار الرأس اقله ثلاثة خطوط يكون جميع ذلك نصف قيراط لكن بذكرهم ذلك لم يلتفتوا الى ان المقعد وقاو الحدبة الجدارية توجد عادة خلف جسم العانة او التجويف الحقى لا على الوجه الخلفى للارتفاق مع ان هذه الهيئة الاخيرة تفيد ايضا في العملية منفعة جليلة * قال المؤلف وانى متعجب من كون المؤلفين لم يتكلموا على ذلك فان القطر المقدم الخلفى اذا لم يعظم الا من خطين الى ثلاثة تعظم الاقطار المنحرفة اقله من خمسة الى ستة فينتج من ذلك ان منفعة الشق العانى اوسع مما يظن عموما واثبت بعضهم وهو ديجرنج ان الاقطار المنحرفة والمستعرضة للحوض قد تعظم نحو قيراط وانه قد يحصل اتساع عظيم في المضيق السفلى خصوصا وينبغى لنا ان لا نعول الا على المشاهدات ففى بعضها تباعد ثلاثة قراريط انتج عشرة خطوط واتفق في حوض اتساعه قيراطان وخط ان تباعد قيراط انتج خطا ونصفا وتباعد قيراطين ونصف انتج سبعة خطوط وتباعد ثلاثة قراريط انتج تسعة خطوط ونصفا وفى حوض آخر نتج من قيراط ثلاثة خطوط ومن قيراطين ستة خطوط ومن

ثلاثة

ثلاثة قراريط عشرة خطوط فاذن يكون من الغلط اتباع ما قاله بعضهم من انه يمكن ان ينال عظم في جميع اقطار المضيق العلوي الى قيراط ونصف

(المطلب الثاني)

(في اعتبار هذه العملية والحكم عليها)

عملية الشق العاني يظهر حسبما سبق انها تستعمل اذا كانت زيادة اربعة خطوط او خمسة او ستة تسمح للرأس بان ينفذ ولم يكف لذلك جفت الولادة مثلا ولكن كانت سعة اصغر قطر للحوض تزيد عن قيراطين ونصف واما اخطار هذه العملية فالظاهر انه يعسر التحرز منها متى استدعى حجم الرأس تباعد انفيه عظم ما وكانت مفاصل الحوض قليلة الاسترخاء بالطبيعة حتى لو قسم التأثير على الحرقفتين او الفخذين لاجل تباعد العانتين لم يخرج الجنين وانه اذا جذب بالجفت او بعملية التحويل او كانت الانقباضات كافية لخروجه لم يكن هناك ما يمنع الرأس في نفوذه من المضيق الضيق عن ان يوتر المفاصل الخلفية بقوة بل ويمزقها لكون ابعاده تجاوز ابعاد الدائرة التي ينفذ منها * واما من جهة العملية فبعضهم منع عملها بالكلية وهذا غير مسلم وبعضهم وجد منها نجاحا عظيما بحيث اسعف بها سبعة من ثمانية * ثم هي الواسطة الوحيدة للنجاة في امور احدها اذا انحصر الرأس في التقعير بعد ان نفذ من مضيق ضيق وثانيها اذا انفذ من الفوهة ووقف في ضيق المضيق السفلي وثالثها اذا خرج الجذع الى الخارج ولم يشك في حياة الجنين ولم يمكن خروج الرأس من الطرق الطبيعية ففي هذه الاحوال الثلاثة تكون هذه العملية مفضلة على العملية القيصرية حتى بعد موت المرأة اذ لابد من موت الجنين اذا اجتهد في اخراجه من الفتحة البطنية * وهذه العملية ماعدا ذلك فيها منافع غير منازع فيها متى كان الضيق في القطرين المستعرض والمنحرف او كان في المضيق السفلي او كان ناشئا من قرن بفتح الراء او ورم عظمي او ورم آخر صلب موضوع على الجانب او بروز في التجويف الحقي وكذا اذا كان انحصار الرأس بهيئة مسمار او مسك بطرفي قطره الجداري المزدوج او القمحدوي الجبهي او بغير ذلك بشرط ان لا يكون

ويندر ان لا يكتسب الطلق بسرعة قوة كافية

والطريقة القديمة وهى التى تقوم من فتح الاغشية تعمل بكيفيات مختلفة بعضها تستفرغ فيه المياه دفعة واحدة وهو رأى كلارك وبعضها ببطئ وقد جعلوا لذلك آلات كابرة قنوية او مجس رجال فيه انحناء قليل او مسبار مخروطى او معه سن حاد او الباذلة المعوجة لونزيل بجميع ذلك مختار فى بلاد النمسا * قال المؤلف وكل ذلك يقل الاهتمام به ويلزم ان يكون فيه تعسر وانما المهم هو ان يعرف هل الاحسن تفريغ البذرة ببطئ لا دفعة او ان يقتصر على توسيع العنق بدل تمزيق الاغشية اما انا فاظن انه اذا لم تتبع طريقة كلوج وهى توسيع الرحم بالاسفنجة فلتتبع طريقة كلارك وهى ان تستفرغ المياه دفعة فانها نافعة فبالبط يمكن ان يرجع الخلو الذى يحصل فى الرحم الى شئ يسير لا ينتج منه رد فعل اصلا فالخوف من الفراغ الذى يحصل فى البذرة غير قوى الاساس فانه ما كان اتساع فوهة الاغشية لا يسيل الاجزء من المياه مادامت الانقباضات ضعيفة فاذا قويت لم يحتج الجنين لان يحفظ بالسائل الامنيوسى واقول بالاختصار ايضا لا ارى خطرا يحصل من استعمال الاسفنجة والسدادة فانها تعطى للرحم زمنا تتجهز فيه بدون ان يعرض الجنين لخطر ولا شئ فيما بعد يمنع انفجار الاغشية اذا تعوق ظهور الطلق او سار ببطئ * ومتى جزم بالعملية توضع المرأة كما توضع للجس ويجتهد فى ان يمس العنق بسبابة يد واليد الاخرى تحفظ الخثلة وبواسطة التأنى والاعتياد على الممارسة يوجد العنق دائما فيتشبث به بل ويوسع ويتقدمنه نعم يحصل بعض تعسر فى اول ولادة للمرأة ويزيد التعسر اذا كان المراد الاجهاض لا الولادة المعرضة لكن مع ذلك لا يحصل بالنظر لذلك عائق ثقيل لامرأة حامل

فاذا لمس الاصبع العارية الاغشية يوجه اليها مخروط من اسفنج مجهز طوله قيراطان او ثلاثة وسمكه قرب رأسه من خطين الى ثلاثة ويكون محاطا بخرقة رقيقة مدهونة بمرهم بسيط ومشبوك فى قاعدته خيط صلب ثم يدفع الى الداخل جزء منه اقله نصف طوله ثم يوجه للمهبل كتلة من اسفنج غليظة

كالبيضة ويمكن ايضا ان يوضع فيه سدادة من تفتيك او من خرق وجميع ذلك يحفظ من الخارج برباط تائى ويجدد هذا الجهاز فى كل اربع وعشرين ساعة اذا لم يظهر الطلق بخلاف ما اذا ظهر فانه يترك حتى تصير الانقباضات الرحمية واضحة قوية ثم يعمل بمقتضى الدلالات كما فى الطلق الاعتيادى فاذا اجرينا على الاختيار ثقب الاغشية ولم يمكن وصول الاصبع اليها يستخدم مرشدا اما المسبار المخروطى الذى يستعمل للتقشطر القهرى او المسبار ذو السن او منقار القاثاطير المبولى الاعتيادى او مخاس او ابرة او باذله محوية فى قناة او ساق معدنى نظرا الى ان تمزيق البذرة غير عسر ولا يخشى خطر اصابة ثقيلة للجنين ولا للرحم فاذا اخرجت الآلة والاصبع تمت العملية وينتظر ظهور الطلق وانقباض الرحم ويندر ظهور الاوجاع حالا بل وبعد بعض ساعات وانما العادة ظهورها فى اليوم التالى وكثيرا ما لا تتضح الا فى الثالث او الرابع بل قد لا تأتى الا فى السادس او السابع حتى انه اتفق مجيئها فى الحادى عشر ويمكن ايضا ظهورها ودوامها اياما كثيرة ثم تغيب وتستدعى بعد ذلك عملية جديدة وطريقة هملتون وهى الثانية تعرض خصوصا لهذا البطئ ولهذا الشك وطريقة كلارك اقل من ذلك

والاحتراسات المخصوصة التى تستدعيها الولادة المحرضة هى بعض استحمامات وفصد صغير وحقن مرخية او لعابية فى المهبل قبل الابتداء فى العملية والاحتراسات المأمور بها فى تمزيق الاغشية قبل او ان تمزقها وتحضير مرضعة قريبة فى حالة ما اذا لم يكن فى الام لبن ✻ ولا حاجة لان نتكلم هنا على منفعة الشيلم المقرن للاستغناء عن ذلك بما ذكرناه سابقا فى مبحثه المخصوص به

(الفصل الثالث)
(فى العمليات التى تعمل على الام)

(المبحث الاول)
(فى موت الجنين وعلاماته)

لا شك ان الجنين لم يزل حيا مادام متحركا او سمعت حركات قلبه بالاستماع وانه يكون ميتا اذا نزلت منه اهداب متعفنة يعرف كونها منه واما موته او حياته فى غير هذه الاحوال فذلك معدود من المسائل التى هى فى غاية الدقة والصعوبة من هذا العلم فموت الجنين كالحمل يظهر بعلامات كثيرة لكنها مختلفة جدا وغير يقينية كيف لا مع انه قد لا يمكن الحكم بشئ من ذلك على جنين ولد بالفعل مع انه تجاه الاعين وعلى كل حال فعلامات الموت يصح ان تقسم كعلامات الحمل الى رتبتين عقلية ومحسوسة فلنجعل ذلك فى مطلبين

(المطلب الاول)

(فى العلامات العقلية)

العلامات العقلية تشاهد قبل الطلق وفى مدته

العلامات التى تشاهد قبل تمام الاشهر * اذا حصل من المرأة سقطة او حركات قوية او ارتجاج عنيف او اصطدم بطنها بجسم صلب او جومعت جماعا شديدا او حصل فيها انفعال نفسانى قوى او افعال غير اعتيادية او كان معها مرض ثقيل واستعملت ادوية قوية الفعل جدا او عرضت لبعض الاسباب التى تسبب الاجهاض كان ذلك حاملا على ظن موت الجنين اذا احست بعد حصول ذلك العارض بيسير بنافض وغثيان وثقل فى الحوض وتغير طعم وقشعريرة وبرد فى البطن وعظم فى الثديين وامتلائهما لبنا ثم انخفاضهما وتبعت الرحم اميل جزء من الجسم وذهبت الى اليمين او اليسار او الامام كما يفعل ذلك جسم خامد لا فعل له وكذا اذا انقطعت حركات الجنين الذاتية فجأة فاذا لم يتغير حينئذ حجم البطن وتصاعد من فم المرأة رايحة عفنة وحصل لها هبوط عام او حمى مستدامة قرب للعقل موته ايضا

العلامات التى تشاهد وقت الطلق * يتضح موت الجنين بخروج العقى وفقد الحركة فقدا تاما وخروج الرايحة العفنة من المهبل او من الرحم مع المياه وبطئ الاوجاع واغلب الظاهرات التى ذكرناها قريبا ويخاف خصوصا من موته اذا سال السائل الامنيوسى قبل اوان سيلانه او بزمن طويل وكان وضع الجنين

رديئا اواتجهت الانقباضات الرحمية بقوة للجنين نفسه باى كيفية كانت

(المطلب الثانى)
(فى العلامات المحسوسة لموت الجنين)

العلامات المحسوسة لايدرك شئ منها الا من حين امكان جس شئ من اجزاء البذرة بدون واسطة وقد عد من جملتها خروج الحبيل السرى وغيبوبة ضرباته وعدم امكان تحرك الجنين باى تأثير كان وان امكن رفعه فى الرحم وخروج اهداب من البشرة التى ازيلت عنه وعدم وجود الورم القليل الرخاوة فى الرأس وتحرك عظام الجمجمة وضعف المقاومة التى تحصل فى الصدر اوغيره اذا ضغط عليه وفقد ضربات القلب ونحو ذلك ولكن لنا ان نقول لا يستند على واحد منفرد من هذه الاعراض بحيث يحكم به بدون توقف على موت الجنين فلذا كان التعويل عليها قليلا وانما يمكن باجتماعها مع بعضها ان يستند عليها ويمكن ان يحصل انتفاخ الثديين ثم هبوطهما مع كون الجنين باقيا على حياته فلا تعويل على ذلك ايضا ولو توافقت مع معظم العلامات الاخر العقلية واذا مات الجنين فبالنسبة للبنية ينتهى آخر عمل للتوليد والتناسل فبعد ذلك يحصل التغير اللبنى بمثل ما يحصل اذا اندفع الجنين الى الخارج وربما قيل مثل ذلك فى التعب الذى تحس به المرأة فى جميع حركاتها وفى الثقل الذى تستشعر به فى حوضها

وقد تسيل المياه قبل موت الجنين بثلاثة ايام اواربعة اوعشرة اوخمسة عشر اوثلاثين بل خمسين يوما على رأى بعض المؤلفين لكن الغالب خلاف ذلك فاذا نزل العقى ولم يكن الذى جاء هو الحوض كان الخوف من موته اعظم وان شوهد فى هذه الحالة مرات كثيرة خروج الجنين بعد ذلك بجملة ساعات حيا قويا جيد الصحة فاذا نزلت المقعدة اولا كان خروج العقى طبيعيا لانه يحصل من الانضغاط الذى يحصل فى الخلة عند نفوذها من الفوهة اومن المضيقين فاذا جاء الرأس اولا لم يوجد هذا الانضغاط الذى هو سبب ذلك فالامعاء لاتستفرغ موادها الا اذا ضعفت العضلات العاصرة كغيرها من بقية

العضلات فتسترخى بحيث لايبقى فيها مقاومة لفعل الرحم وليحذر الطبيب من ان يغش بالمنظر الوحل او اللون المخضر للمياه لان ذلك صفة توجد كثيرا بدون ان يكون العقى له دخل فيها * والجنين الحى قد تنقطع افعاله العضلية دفعة ويبقى جملة ايام او جملة اسابيع الى وقت اندفاعه التام بدون ان يتحرك ومع ذلك لم يحصل من ذلك خطر اصلا وامثلة ذلك كثيرة ومن جهة اخرى نقول كثيرا ما تظن المرأة انها تحس بالحركة مع ان الجنين مات قبل ذلك بزمن طويل ومن امثلة ذلك مشاهدة للمؤلف وهى ان شابة ولدت جنينا ميتا اقل ماله من موته اربعة ايام او خمسة مع انها ذكرت قبل ولادته بنحو ساعة انها تحس بحركته وهذا لا ينافى ان هذه العلامة لها اعتبار عظيم عند الاطباء ولذلك ساغ لهم ان يرتعبوا اذا شاهدوا فى سير طلق شاق ان الجنين انقطع تحركه دفعة بعد ان كانت حركاته قوية تشبه الحركات التشنجية

وقد تنفصل اهداب بشرية اوشعر من اجزاء من الجنين ملتهبة او متغنغرة او متقرحة بدون ان يموت ذلك الجنين كما شوهد ذلك واما اذا كانت هذه العلامة ناشئة من التعفن فانه يلزم لها موت الجنين قبل ذلك بزمن طويل ومتى امعن الطبيب نظره لم يغش فى ذلك * قال المؤلف ويظهر لى ان الرائحة المتصعدة من المهبل لا تفيد شيأ مادام جيب المياه غير متمزق اما بعد ذلك فهى عندى من اعظم العلامات وتنشأ ولابد من كون الهوآء اذا دخل فى تجويف الرحم التى سخنت جدا بسبب انقباضاتها يعين اعانة قوية على تعفن ما بقى من السائل فى الاغشية وقد تظهر هذه الرائحة بسرعة وربما صارت غير مطاقة فى مسافة بعض ساعات ويعسر ان تشتبه بغيرها مما يتصاعد من قروح او صديد والى الآن ما شاهدتها الا والجنين ميت ومع ذلك ذكر بجيل مشاهدة اجنة بقيت حياتهم مع ان المياه كانت مسودة نتنة وانفصلت منهم البشرة وصار لون الاغشية والحبل اصفر مخضرا وذكروا ايضا جنينا صاح وتنفس مدة نصف ساعة مع ان علامات التعفن فيه كانت واضحة * واما ورم جلد الجمجمة فمن حيث انه يحصل من تراكم السائلات اسفل الجزء من الرأس المختنق فى عنق

الرحم او في مضيق الحوض اختناقا تختلف مدته وقوته يكون من الواضح انه لا يكون اذا مات الجنين قبل انفجار الاغشية لملتئمات بعد تكونه فانه يجوز ان يبقى ذلك الورم كما اذا لم يحصل الموت اصلا ولذلك انه سهل الغلط في تراكب عظام الجمجمة وتحركها على بعضها مع ان هاتين العلامتين قد يحصلان من اسباب مختلفة غير ذلك فلا يعول عليهما

فان امكن وجدان الحبل السرى بالجس تحقق بسهولة هل فيه ضربات ام لا

* قال المؤلف والعجب كيف يغلط في ذلك طبيب ماهر ولا يعرف حالة الجنين اى هو ام ميت نعم قد تنقطع ضربات اوعية هذا الساق عند ما يحصل من المرأة او الرحم حركة عنيفة بدون ان يحصل للجنين خطر من ذلك عظيم فالحكم بموت الجنين لا يؤخذ من البحث في الحبل وقت انقباض الرحم وانقطاع الاحساس بالضربات حينئذ وانما يجزم بذلك بعد ان يتأكد انقطاع الضربات مدة دقائق كثيرة في وقت الانقباضات الرحمية وفي غيبتها واسفل الرأس كحته سوآء وجدناه سائبا او منضغطا وايضا لاجل زيادة التأكيد اذا لم يخرج الرأس من المضيق العلوى بما المانع من ان تزلق اليد في عنق الرحم كثيرا او قليلا ليعرف هل حركات القلب باقية ام لا وليجس ساق الحبل من محل اقرب لاصله او خال من الانضغاط فمتى وجدت جملة هذه العلامات او الرئيس منها لم يكن هناك وجه للتحير في الحكم بموت الجنين غير انها قد تفقد احيانا وقت الاحتياج اليها ولم يكن هناك زمن للتأني ولا يخفى ما في ذلك من التعسر والخطر اذ كيف يصح ان تعمل عمليات ثقيلة بل مهلكة على الام مع ان جنينها ميت او كيف يقطع الجنين قطعا مع انه حى

واخترع بعضهم واسطة لمعرفة ذلك بان يوضع طرفا دائرة كهربائية في الرحم او على جزء من الجنين بل او على بطن المرأة فبالضرورة تحصل انقباضات الجنين العضلية اذا لم يكن ميتا وهذا وان تقوى بنظائره وبالتعقل الا انه يحتاج لتأكيده لتجربيات طويلة لما في ذلك من العسر والثقل

فاذا كان الجنين حيا ينبغي لحفظه ان توسع الفتحات التي يلزم نفوذه منها

وتعمل له فتحات جديدة ولقد اختار اطباء اول القرن الماضى اذا كان الحوض معيبا بحيث يصير الوضع غير ممكن ان يقتل الجنين وقالوا ان ذلك احسن من ان تعمل عملية على الام فتجاسر بعضهم بالنظر لذلك ومنهم مورسوس على تقطيع الجنين او على تكسير رأسه وبعضهم ومنهم دولاموت اظهروا انهم اكثر شفقة من الاول فامروا بانتظار موت الجنين ليقطع بعد ذلك وهؤلاء فى الحقيقة اكثر وحشية من الذين قبلهم واما الآن فالمستعمل هو الشق العانى او العملية القيصرية ونجاح ذلك عظيم ولا يصح استعمال عملية تقطيع الجنين الا اذا علم موته او تحقق عدم معيشته

(المبحث الثانى)

(فى الشق العانى)

تاريخ * لما علم ان عظام الحوض قابلة للانفيا دوالاطاعة مدة الحمل كما سبق لنا ذكر ذلك ظن كثير من القدماء انه لا بأس ان يعان لين تلك العظام اذا كان الحوض ضيقا بالتطولات والضمادات والاستحمامات الموضعية او العامة فكان هذا نهاية ما هو عند القدماء فى عظام الحوض قال بعض المتاخرين وكلام جالينوس فى الكلام على الحوض يلمح له وذكر عن بعضهم انه فصل عظما العانة عن بعضهما من بنات عند ولادتهن لتكون ولادتهن اذا كبرن سهلة ومع ذلك نقول لم يعلم ان احدا من الاطباء عمل هذه العملية قبل سيغواتوس فى امرأة حية بل ولا اسلفيوس خلافا لمن زعم ذلك وذلك انه اول لا ابدى رأيه فى ذلك لديوان الاطباء الجراحين فمنهم من اهمل قوله ومنهم من زيفه ثم ذكر رأيه فى رسالة بحث قدمها فى مدارس انجير بفرانسا سنة ١٧٧٣ وبعد ذلك باربع سنين عمل عملية بحضرة لورواس لامرأة وحصل نجاح فيها وسلمت المرأة وجنينها من الخطر فحصل بذلك هيجان غريب للاطباء واشتهر مدح هذا الجراح وجوزى من اهل مدرسة هذا الطب بباريس بنيشان شرف مع ان كلامه قبل ذلك كان عندهم فى زوايا الاهمال فرجعوا وقالوا ان هذا الشخص هو اول فاعل خير للبشر ثم تنازع الناس فى نجاح تلك العملية

فمنهم من مدحها ومنهم من هجاها وانقسموا الى قسمين قسم قدموها على القيصرية وقسم قدموا القيصرية عليها ولم يزل الحال كذلك الى ابتدآء هذا القرن الذى نحن فيه ونهايته ان سيغولتوس غلط فى كونه جعلها بدلا عن العملية القيصرية ولقد زالت الآن التشكيكات والاغراض وصار الشق العانى فى غاية الاعتبار واعطى له حقه من المنفعة وطالما شوهد تمزق الارتفاق العانى فى مدة الطلق وارتخاء تلك المفاصل وذلك مما يؤيد ان تلك العملية تقدم حصولها بالطبيعة قبل ان تعملها الاطباء .

(المطلب الاول)

(فى كيفية حصوله)

اذا قطع الليف الغضروفى الذى بين عظمى العانة سوآء بعد الموت اوفى مدة الحياة تباعدت العظام من ذاتها غالبا نصف قيراط اوقيراطا ومتى انقطع الغضروف كان العظم الحرقفى على هيئة رافعة من النوع الاول فيكون مركز الحركة فى الجزء الخلفى من السطح المفصلى للعجز والفرع الخلفى من هذه الرافعة الذى هو قصير جدا ويتكون من الحدبة ينجذب الى الخلف نحو الخط المتوسط بالاربطة العجزية الحرقفية الخلفية وفرعها المقدم المنثنى انثناء قويا يبعد بقدر ما زاد فى الطول عن فرع القوة اى ذراعها ومقدم الارتفاقات الخلفية ينفتح نصف انفتاح والمنسوج الليفى الذى يغطيها ينقاد فيستطيل ويعتدل ويتصل والوسادة المرنة التى من الخلف تنخسف والعجز المنضغط من الخلف الى الامام يذهب نحو باطن الحوض الذى يكون مضيقه العلوى كما قال دلبيش على هيئة مثلث وتر زاويته القائمة اى الضلع المقابل لتلك الزاوية يكون من الخلف فاذا اضاف الجراح ايضا على تباعد العانتين الضغط على العرفين الحرقفيين تحولت القوة الى الفرع المقدم من الرافعة وعلم انه لا يلزم حينئذ قوة عنيفة لتمزق جميع ارتباطات المفاصل الخلفية وبالنظر لهذه الحالة خصوصا قال بعض المولدين انه كلما انتقل العجز الى الامام لزم ان يزول شئ من عظم القطر المقدم الخلفى ومثل ذلك ايضا يحصل فى الحوض الفارغ وفى قطع المقوى

المشغولة اماعلى المرأة الحية فانه كلما تباعدت العانتان دفع رأس الجنين المحجز الى الخلف زيادة عن حدوده الطبيعية لكن لا يسمح له بان يتقدم فى التقعير ومع ذلك من الخطر ان تبعد عظام العانة زيادة عن قيراطين فان الزيادة على ذلك لا تحصل بدون ان يتمزق المنسوج الخلوى المتخلل الكثير الذى فى التقعير فتتولد الالتهابات المخيفة

قال المعارضون لهذه العملية من حيث انكم اجمعتم اولا على انه ليس من الحزم ان يجتهد فى التباعد اكثر من قيراطين اوقيراطين ونصف وثانيا على ان القطر المقدم الخلفى لا يعظم الا خطين فى تباعد قيراط واربعة خطوط فى قيراطين ومن ستة الى ثمانية فى ثلاثة قراريط يكون من الواضح انكم لم يتيسر لكم الا اتساع ثلاثة خطوط اواربعة فكيف تعملون هذه العملية الثقيلة لاجل اكتساب ثلاثة خطوط * ولقد ظهر لهم اولا عدم الجواب عن هذا الايراد لكن بعد ذلك عرف ان الحدبة الجدارية بدخولها فى الخلو الذى بين العانتين تزيل من احد اقطار الرأس اقله ثلاثة خطوط يكون جميع ذلك نصف قيراط لكن بذكرهم ذلك لم يلتفتوا الى ان القمعدوة او الحدبة الجدارية توجد عادة خلف جسم العانة او التجويف الحق لا على الوجه الخلفى للارتفاق مع ان هذه الهيئة الاخيرة تفيد ايضا فى العملية منفعة جليلة * قال المؤلف وانى متعجب من كون المؤلفين لم يتكلموا على ذلك فان القطر المقدم الخلفى اذا لم يعظم الا من خطين الى ثلاثة تعظم الاقطار المنحرفة اقله من خمسة الى ستة فينتج من ذلك ان منفعة الشق العانى اوسع مما يظن عموما واثبت بعضهم وهو ديجرج ان الاقطار المنحرفة والمستعرضة للحوض قد تعظم نحو قيراط وانه قد يحصل اتساع عظيم فى المضيق السفلى خصوصا وينبغى لنا ان لا نعول الا على المشاهدات ففى بعضها تباعد ثلاثة قراريط انتج عشرة خطوط واتفق فى حوض اتساعه قيراطان وخط ان تباعد قيراط انتج خطا ونصفا وتباعد قيراطين ونصف انتج سبعة خطوط وتباعد ثلاثة قراريط انتج تسعة خطوط ونصفا وفى حوض آخر نتج من قيراط ثلاثة خطوط ومن قيراطين ستة خطوط ومن

ثلاثة

ثلاثة قراريط عشرة خطوط فاذن يكون من الغلط اتباع ما قاله بعضهم من انه يمكن ان ينال عظم في جميع اقطار المضيق العلوى الى قيراط ونصف

(المطلب الثاني)

(في اعتبار هذه العملية والحكم عليها)

عملية الشق العانى يظهر حسبما سبق انها تستعمل اذا كانت زيادة اربعة خطوط او خمسة او ستة تسمح للرأس بان ينفذ ولم يكف لذلك جذب الولادة مثلا ولكن كانت سعة اصغر قطر للحوض تزيد عن قيراطين ونصف واما اخطار هذه العملية فالظاهر انه يعسر الحصر زمنها امتى استدعى حجم الرأس تباعد انفيه عظم ما وكانت مفاصل الحوض قليلة الاسترخاء بالطبيعة حتى لو قسم التأثير على الحرقفتين او الفخذين لاجل تباعد العانتين لم يخرج الجنين وانه اذا جذب بالجفت او بعملية التحويل او كانت الانقباضات كافية لخروجه لم يكن هناك ما يمنع الرأس في نفوذه من المضيق الضيق عن ان يوتر المفاصل الخلفية بقوة بل ويعزقها لكون ابعاده تجاوز ابعاد الدائرة التي ينفذ منها * واما من جهة العملية فبعضهم منع عملها بالكلية وهذا غير مسلم وبعضهم وجد منها نجاحا عظيما بحيث اسعف بها سبعة من ثمانية * ثم هي الواسطة الوحيدة للنجاة في امور احدها اذا انحصر الرأس في التقعير بعد ان نفذ من مضيق ضيق وثانيها اذا نفذ من الفوهة ووقف في ضيق المضيق السفلى وثالثها اذا خرج الجذع الى الخارج ولم يشك في حياة الجنين ولم يمكن خروج الرأس من الطرق الطبيعية ففي هذه الاحوال الثلاثة تكون هذه العملية مفضلة على العملية القيصرية حتى بعد موت المرأة اذ لابد من موت الجنين اذا اجتهد في اخراجه من الفتحة البطنية * وهذه العملية ماعدا ذلك فيها منافع غير منازع فيها متى كان الضيق في القطرين المستعرض والمنحرف او كان في المضيق السفلى او كان ناشئا من قرن بفتح الرآء او ورم عظمى او ورم آخر صلب موضوع على الجانب او بروز في التجويف الحقى وكذا اذا كان انحصار الرأس بهيئة مسمار او مسك بطرفى قطره الجدارى المزدوج او القمحدوى الجبهى او بغير ذلك بشرط ان لا يكون

المضيق السفلى زائد التضايق وبالجملة فكما يشاهد ان استطالة القطر العجزى العانى الناتج من فصل العانتين يلزم ان يكون اعظم كلما كان ضيق الحوض اوضح كما ذكر ذلك بعضهم يجوز ان يحصل العكس ايضا كما نبه على ذلك ايضا بوير والقابلة لشبيل

فلاجل عمل الشق العانى يلزم ايضا اولا ان يكون الجنين حيا وثانيا ان يكون مجيئه طبيعيا حسب الامكان بحيث لا يستدعى الحال جذبه بعد ذلك بالقدمين وثالثا ان يكون العنق الرحمى متسعا جدا ورابعا ان تكون المرأة شابة بحيث لا يخاف من ان يكون فى حوضها تيبس

(المطلب الثانى)
(فى كيفية العملية)

توضع المرأة على طاولة العمليات او على سريرها كما توضع لادخال الجفت وتثنى فخذيها او ساقيها قليلا وتبعدهما عن بعضهما بعدا مناسبا ومساعد يحفظ منكبيها ومساعدان آخران يمسكان ركبتيها ورابع يمدد جلد البطن وخامس يعطى الجراح الآلات المحتاج لها والجراح يضع نفسه على يمينها او بين ساقيها ويأخذ مشرطا محدبا جيد الحد ثم يشق به شقا يبتدأ من اعلى الارتفاق ببعض خطوط ويمتد به الى قرب البظر ويساره قليلا ويكون هذا الشق للجلد المحلوق شعره قبل العملية ولجميع الاجزاء الرخوة التى يتكون منها جبل الزهرة ويكون موازيا للخط المتوسط فيسقط به حسب الامكان فى وسط المفصل ومع ذلك لا بأس ان يميل به فى جزئه السفلى الى الجانب قليلا بين طرف الشفر الكبير والشفر الصغير فاصلا به ايضا احد اصلى البظر عن الفرع العانى حذرا من التمزق الخطر الذى يحصل فيما بعد ولا يصاب فى ذلك الشق الا شرايين صغيرة فيربطها مالم يقطع الشريان الاستحيائى الباطنى باطالته شق الاجزاء من الاسفل مع عدم زيادة الاحتراس ولاجل قطع الغضروف اشار بعضهم بان يفعل الشق من اسفل الى اعلى وآخرون من اعلى الى اسفل وكثيرون من الخلف الى الامام او من الانسية الى الوحشية واكثرهم من الامام الى الخلف ومنهم من استخدم

لذلك مشرطا بسيطا اوذا ترس اوذا زر او اعتياديا يستر منه كما قال غرديان يقطع السبابة اليسرى حذرا من اصابة الاعضاء الباطنة * قال المؤلف وفى هذه الحالة لا حاجة لان ينازع احد فيما احبه واختاره من الآلات وانما اظن ان اليد العاملة هنا كما فى غير هذا الموضع تختار الشكل المناسب لها وان الصفة المهمة لسكين الجراح هى ان تكون صلبة جيدة السن والآكد ان يقطع الغضروف من اعلى الى اسفل ومن السطح الجلدى الى نحو الوجه الحوضى للارتفاق وينبغى ان يطول الشق من الاعلى نصف قيراط بل قيراطا ايضا على الخط الابيض ولاجل عدم اصابة المثانة او مجرى البول كما وقع ذلك لبعض جراحين ذهبوا بشق واحد الى رأس الجنين بعد نفوذهم من المثانة والرحم اظن انه يكفى ان تمسك صفيحة المشرط من قرب سنها بمسافة قليلة بالابهام والسبابة من اليد اليسرى مدة كون اليمنى تقطع بحده ولاجل تأكيد الاحتراس ايضا على تلك المثانة وقناتها الدافعة يوضع القاثاطير من الابتداء او اقله قبل ان يشرع فى الزمن الثانى من العملية فبهذه الواسطة تستفرغ المثانة ويخدم المجس لتبعيد قناة مجرى البول الى اليمين قليلا عندما يمال بشق الرباط تحت العانة الى اليسار قليلا واذا قطع معظم الجهاز الرباطى تضاعف الاحتراس فلا يقطع الا بجر من الآلة ويقطع استعمالها متى زالت المرونة واستشعر بمقاومة فى الشق * والطبيب لرواس توهم ان الهواء اذا دخل فى المفصل حصل منه تغيرات والم عظيم فاوصى بان تعمل العملية فى زمنين قال تلميذه ملشكور وذلك بان يشق اولا الجلد من تسعة خطوط الى عشرة ثم تقطع ثلث الغضروف ببطئ زائد ثم يطيل شق الاربطة الى البظر ثم يرجع الى الغضروف فيشق باقيه ويعمل هذا الشق فى الغضروف ببطئ زائد ومس خفيف ولا يتكدر من الدم الذى يسيل من الاوعية الصغيرة الاسفنجية الباطنة * وظن آخرون انهم يصلوا لتلك الغاية بكونهم لا يشقون الجلد الامن اعلى الارتفاق واسفله او فى سعة بعض خطوط حذاء جزئه المتوسط وهذا ولابد يصير قطع الرباط عسرا جدا واما الآن فقد زال هذا الخوف

الضعيف الاساسي وكل الناس يعرفون ان العوارض التي تحصل من عملية
الشق العاني ليست من فعل الهوآء على الغضروف وزيادة على ذلك ان هذه
التنوعات في طريق العملية لا تحرسها من هذه الاخطار بوجه من الوجوه
ومن المهم قبل الابتدآء في العملية ان يتحقق محل المفصل لانه اذا كان الحوض
معيبا لم يندر ان يوجد زايغا الى اليمين او اليسار بحيث اتفق مرات ان الشق
سقط على جسم العظام لا على الغضروف * فاذا اتفق ان الغضروف تعظم
كما شاهد ذلك المؤلف وغيره كان من العسر ازالة اتساع عظيم من هذه العملية
فالاحسن انه بدل ان ينشر المفصل كما اشار بذلك بعضهم تعمل العملية
القيصرية واذا وجه المنشار الى خارج الارتفاق حتى على جسم العظم كما اوصى
بذلك بعضهم لم تكن العملية زآئدة الخطر ولا قليلته لان التعسر انما يوجد
من الخلف في المفاصل العجزية الحرقفية لا من الامام

والذي يحصل بعد قطع الغضروف هو ان الفرع المؤخر للرافعة المحنية المكونة
من العظم الحرقفي المنجذب ذلك الفرع بمرونة الاربطة العجزية الحرقفية الخلفية
يتباعد بين العانتين من ستة خطوط الى اثني عشر ويختلف هذا التباعد
باختلاف ضيق الحوض ودرجة قوام الارتفاقات ولينها واحيانا يحصل
في العظمين معا على التساوي واحيانا اخر يكون في احدهما اعظم من الآخر
* قال المؤلف وعلى كل حال لقد عسر علي ان اعرف كيف يمكن ان يذهب
بهذا التباعد الى محل بعيد حتى يصير خطرا فيكون من النافع تحديده كما فعل
ذلك بوليبيه حيث ثبت الفرعين قبل نهاية العملية بواسطة حلقة من فولاذ
مع ان الامر بالعكس بحيث يلتزم الجراح غالبا بل دائما لاجل ان يصل
الى القدر المناسب ان يضغط من الامام الى الخلف ومن الانسية الى الوحشية
ببطئ ولطف على الشوك الحرقفية او يبعد فخذي المرأة بلطف وبذلك لا يحتاج
لاستعمال الجفت الذي ذكره بوليبيه وبودلوك انه يدخل مطبوقا بين العظمين
ثم يفتح بلطف ليتباعدا ببطئ * وبعد تمام العملية هيهات ان تحصل الولادة
فاذا كانت الانقباضات قوية مستدامة ترك الحال لوسائط الطبيعة لتوصل

الى الدرجة المناسبة من تباعد العظام اما اذا كانت الرحم عديمة الفعل والطلق ضعيفا او عرض بعض عوارض تستدعى استخراج الجنين بسرعة التزم الطبيب وضع الجفت او يعمل عملية التحويل مع مراعاة الوصايا السابقة قال المؤلف واخشى فى مثل هذه الحالة من ان يلتزم الجراح توصيل القدمين اذا لم يأتيا من قبل بحيث لا توقف فى اعطاء الشيلم المقرن لتنبه الانقباضات الرحمية واكتفى باستعمال جفت الولادة حتى فى الاحوال التى يوجد فيها الرأس المحصور فى المضيق العلوى موضوعا بالعرض ويقرب للعقل ان فى هذا الجزء من الطلق يضطر لمسك الحرقفتين او جميع الحوض باليدين او بشريط مناسب لمنع المفاصل عن ان تتمزق تمزقا عميقا بالضغط المركزى من الرأس او بالانفعال القوى من الطبيب المولد

(المطلب الثالث)

(فى التغيير على جرح عملية الشق العانى)

متى تمت الولادة بعد العملية تنظف المرأة ثم تقرب العانتان لبعضهما ويوضع على الجرح فتيل مدهون بالمرهم البسيط ورفائد ثم يوضع رباط جسم يحيط بالحوض ليحفظ الكل ويشد بحيث يمنع لحد ما حصول تباعد جديد للعظام ثم توضع المرأة على سريرها وتستلقى على ظهرها وتلازم السكون التام ولا تعمل بفخذيها حركة مدة ستة اسابيع او شهرين فان ذلك هو الزمن اللازم لصلابة الارتفاق وفى الابتداء يكون تدبيرها الغذائى تدبير اصحاب العمليات الثقيلة وتقاوم فيها العوارض بقوة اذا عرضت ويلزم ان يتأمل فى السيلان النفاسى فتستعمل الحقن المرخية والغاسلة فى المهبل اذا خيف تعجيل انقطاعه قبل الاوان الاعتيادى ويشار على المرأة بان تغذى جنينها بالارضاع اذا امكن وتتيقظ لجرحها بحيث تبقى شفتاه متلامستين فاذا قرب زمن الشفاء لم يسمح لها بالحركات وسيما المشى الامع غاية الاحتراس فاذا حصل مع الحركة الم فى الحوض رجعت الى السكون زمنا ما والغالب ان الوقوف والمشى لا يمكنان بدون خطر الا بعد ثلاثة اشهر او اربعة ولا غرابة فيما سمع عن امرأة ذكرها

سيغولتوس من انه تيسر لها المشى فى اليوم الخامس عشر من العملية وانه سمع اغرب من ذلك فى امرأة عمل لها دبريس هذه العملية وقامت وقعدت قرب مدختها فى اليوم التالى للعملية

هذا واعظم ما يرغب فيه هو صلابة الارتفاق المنفصل غير انه شوهد نساء لم ينل فيهن ذلك ومع ذلك تيسر لهن المشى والوقوف بل والوثوب بدون ان يحصل لهن ثقل ووضحت هذه الهيئة بالصلابة العظيمة التى اكتسبتها المفاصل الخلفية وذكر دبواس وغيره امثلة من ذلك وبالغ لورواس وتلميذه لسكور حتى قالا انه ينبغى ان تعان هذه الصلابة بعدم وضع رباط حول الحوض وزعما ان خلو الارتفاق يمتلئ بمنسوج خلوى لينى لا يمنع صلابة المفاصل ويحصل من ذلك ان المرأة تلد فى المستقبل بسهولة عظيمة * قال المؤلف وربما كان فى هذا الزعم بعض صواب

(المطلب الرابع)
(فى نتايج العملية)

قد علم لنا انه مات اربع عشرة امرأة من اربع واربعين عملت لهم عملية الشق العانى وان كثيرا منهن بقى عاجزا ضعيفا طول الحياة ولاسيما المرأتان اللتان ذكرتهما القابلة لشبيل وعملت لهما العملية فى بيت الولادة بباريس وان العملية فى بعض النساء كانت غير ضرورية لان من جملة الامثلة امرأة ولدت قبل ذلك اولادا احياء ست مرات بدون استعانة بشئ واخرى عملت لها فى اول ولادة ثم ولدت بعد ذلك ولدا حيا بدون احتياج لشئ وغير ذلك من الامثلة وان اغلب الاطفال لا يعيشون بل يموتون فى معظم الاحوال بسبب التحويل او وضع الجفت حيث يضطر الطبيب لذلك وانه مات فى ثمان عشرة عملية عشرين نفسا من الامهات والاجنة واحتيج فى مرتين لفعل العملية القيصرية وان خمس نسوة حصل لهن عقب العملية سلس البول وحصل لاخرى عرج وان فى اربع وثلاثين حالة ذكرها بودلوك لم ينج من الموت الا احد عشر طفلا فاذا اعتبرنا اخطار هذه العملية ونظرنا فيما بينها وبين المنافع التى

حصلت

حصلت منها في الاحوال الحميدة لزم ان نوافق رأى دبزموس في ان الشق العانى ليس اقل ثقلا من العملية القيصرية وان استعماله يلزم ان يكون منحصرا في حدود ضيقة فان جفت الولادة والولادة المجرضة والشيلم المقرن ويضاف على ذلك كاسرة الرأس لبودلوك اذا كان الجنين ميتا هذه كلها تصير الشق العانى نادر الاستعمال

(المطلب الخامس)

(في طريقة جديدة لعملية القطع العانى)

ذكر ان الطبيب الايطاليانى فاوليقا بمدينة نابلس بايطاليا اخترع طريقة ليست هي الا نوعا لما ذكره شمبيون وديجرنج وذلك انه بدل ان يقطع الغضروف يعمل على جانبيه قطع جسم العانتين وفرعيهما بين الثقبين المسميين بتحت العانة فبهذه الكيفية تبقى المفاصل العجزية الحرقفية سليمة ولا يخشى جرح المثانة ولا مجرى البول ولا تزحزح النسيج الخلوى الحوضى ويسهل اتالة التيبس ولا يخشى حصول خراج ولا تسوس ولا ناصور ولا عرج ولا التهاب بريتونى وينال بذلك اتساع عظيم للقطر العجزى العانى وهذه العملية ذكرها قبله ايتكان وشرحها جيدا بمثل ماقلنا وان كان المنشار المفصلى الذى استعمله يختلف قليلا عن المنشار السلسلى الذى دخل عن قريب في اعمال الجراحة لان الذى ذكرها اولا هو غلبيانى كما زعم ذلك بعضهم وانما يظهر ان هذا الاخير هو اول من فعلها وسماها القطع الحوضى كما سماها بذلك ايضا ايتكان وكان ذلك في امرأة معها آفة العظام فعمل اولا القطع من جانب ثم امر عقبه للمرأة بالشيلم المقرن وبعد اربع وعشرين ساعة نشر الجانب الآخر وحصل الموت في اليوم التالى لذلك فوجد في الحوض مواد سائلة عفنة لالتهاب بريتونى فنتج مما ذكرنا ان كيفية غلبيانى التى شرحها سنة ١٨١٩ عيسوية ليست هي كيفية ايتكان او فاوليقا وان النساء الحوامل المعيبات التكون لا يناسبهن فعل شيء من هاتين الكيفيتين

(المبحث الثالث)
(في العملية القيصرية)

تسمى بالشق القيصرى الفتحة التى تعمل فى البطن والرحم لاجل اخراج الجنين اذا لم يمكن خروجه من الطرق الاعتيادية ثم توسعوا فيه فاطلقوه ايضا على الشق او الشقوق التى يضطر احيانا لفعلها فى عنق الرحم من المهبل بقصد الاعانة على خروج الرأس فلذا كان لهذه العملية نوعان

(النوع الاول)
(فى الشق الرحمى البطنى)

تاريخه لم يعلم الى الآن بالتحقيق اول فاعل لهذه العملية اذ هى مذكورة ايضا فى التواريخ الخرافية القديمة عند اليونانيين والرومانيين فاليونانيون قالوا ان باخوس بن المشترى اخرجه عطارد من بطن سميليس وقال الرومانيون ان اسقولاب اخرجه ابولون من بطن امه وان ليكوس ولد بهذه الكيفية وزعم مؤلفو الرومانيين ان هذه العملية كانت مستعملة فى الازمنة السالفة قبل وامها ذكرا ايضا عند اليهود ومع ذلك ليس عندنا مايدل دلالة قوية على انها فعلت فى النساء الاحياء قبل سنة ١٥٢٠ عيسوية واما قدماء الاطباء من اليونانيين واللطينيين فلم يتكلموا عليها بوجه من الوجوه وانما ذكر بلينوس ان قيصر ولد بهذه العملية بعد موت امه ولذلك نسبت له وآخرون ردوا ذلك بان امه كانت حية ايضا حينما توجه هذا الملك الى جزيرة الانقليز اى الجزيرة البرطانية وبالجملة فاصل تسميتها بذلك مجهول ايضا

(المطلب الاول)
(فى اعتبار هذه العملية والحكم عليها)

اذا اطلعنا على المشاهدات الكثيرة لهذه العملية نرى انها كثيرا ما انتهت بالنجاح وكثيرا ما انتهت بعدمه ونستفيد منها عظم الخطر الذى يتسبب عنها ونستنتج من عدم نجاحها فى اكثر الاحوال انه لا ينبغى للاطباء المبتدئين فى الممارسة ان يقدموا عليها الا بعد الاضطرار الكلى اليها ومع ذلك لم يعرف

سبب كونها خطرة مخيفة فان الجرح الذى يفعل فى جدران البطن وان كان عريضا الا ان الاجزاء التى تقطع ليست زائدة الرقة واللطافة ولا يصاب فيها شريان ولا عصب عظيم الحجم ولا تستلزم عظيم اهتمام نعم يصاب فيها البريتون واما اعضاء الهضم فيمكن بسهولة ان يحترس عليها على انه كثيرا ما شوهد خروج احشاء البطن من جروح عارضة نافذة واسعة متضاعفة من كل نوع ومع ذلك لم يحصل من ذلك الا قليل ثقل وترجع بعدها المرضى للصحة الكاملة ونشاهد ايضا على مدا الاوقات فتح الغشاء المصلى البطنى بدون خوف ولا فزع فى الاشخاص المصابين بالفتق المختنق واما جرح الرحم فليس فى ذاته خطر اذ من المعلوم ان قابلية التهيج فى هذا العضو قليلة لحصول الالتهابات فيه قليل ايضا والتحام جروحه يحصل بسرعة وتأكيد كيف لا وعندنا الآن مشاهدات فى نساء عملت لهن هذه العملية مع النجاح عقب تمزق فى الرحم فجرح الرحم يكون اولا واسعا جدا ثم يصغر حتى يرجع الى خمسه اوسدسه والنزيف الذى يخاف منه ينقطع بسرعة متى تكرمش العضو وانكمش ثم مع الاحتراسات اللازمة يمكن منع انصباب ماء الامنيوس والدم وغيرهما فى البريتون وقت العملية وبعدها فالظاهر ان الشق القيصرى ليس خطره باعتبار ذاته وانما هو بسبب الحالة المخصوصة للمرأة التى عملت لها العملية فاذا استدعى الحال فعلها وعجل بها قبل ان تقع المرأة فى سقوط وهبوط وقبل ان تسقط الرحم فى الخمود ولم تقرب لحالة الالتهاب ويظهر التهاب بريتونى اورحمى او يقرب حصول ذلك وبالاختصار قبل ان تكون حياة المرأة فى خطر كان الغالب نجاحها اما فى عكس ذلك فانها تكون مهلكة وبمقتضى ذلك فظن صحة ما نقل عن الطبيب هول وبورن الانقليزيين من كونهم نسبا النتايج المغمة من هذه العملية فى بلادهم للاحوال التى تعمل فيها الا انهم انما يعملونها فى حالة اليأس والقنوط من المرأة اما فى بقية الاقاليم فانه يبكر بفعلها قبل حدوث ما يوقع فى اليأس من الحياة وهذا هو سبب النجاح عندهم

(المطلب الثانى)

(فى الدلالات)

اذا كان اصغر قطر للحوض اقل من اثنى عشر او خمسة عشر خطا سوآء كان الجنين ميتا او حيا كان الشق الرحمى هو المخلص لهذه المرأة فاذا كان هذا القطر من ثمانية عشر خطا الى قيراطين وربع عملت هذه العملية ايضا اذ ابقى الجنين حيا وبقى فى هذه الحالة ان يقال هل الاحسن اتباع رأى الانقليزيين من اتلاف الجنين وحفظ حياة الام ولقد طال ما عملت العملية لاجل اخراج جنين ميت فقط فيكون هناك وجه لاعراضنا هذه المسألة وقد يلتزم الشخص استعمال هذه العملية اذا كان اتساع اصغر قطر قيراطين ونصفا او ثلاثة قراريط الاربعا وحكم بان الجفت او التحويل او الشق العانى غير نافع لافائدة فيه وقد يدعى الطبيب فى احوال محزنة فيها ارتباك عظيم وذلك اذا حصل من التحويل او وضع الجفت تمزق واسع رحمى مهبلى وكان الحوض ضيقا وجاء الجنين بالوجه ومات وصار الفرج والمهبل وبقية الاعضاء المنحصرة فى الحوض ملتهبة منتفخة متيبسة وقربت الرحم لان تنفصل بالكلية من المهبل وصارت المرأة ضعيفة بحيث لا يمكن ان تغير وضعها بدون ان تعرض نفسها للموت حالا فهل فى مثل تلك الحالة تترك المرأة حتى تموت او تعمل لها العملية وان كانت حالتها حالة يأس وقنوط * قال المؤلف ونحن انما نختار الشق الثانى وان خالف فى ذلك بعض المعاصرين ولو كان الغالب على الظن موت المرأة فى العملية

(المطلب الثالث)

(فى فعل العملية القيصرية بعد موت الام)

كما تفعل العملية القيصرية فى الاحياء تفعل ايضا فى من ماتت بعد الشهر السابع من حملها بدون ولادة اذ الجنين قد لا يموت بموت امه وان كان الغالب موته اولا فالمظنون على ما قيل ان حياة الجنين قد تبقى بعد موت امه الى اثنى عشرة ساعة او اربع وعشرين بل الى ثمانية واربعين ومشاهدات ذلك كثيرة

حتى ذكر انه نجى من الموت بهذه الكيفية احد وعشرون جنينا فى متربال
مدينة صغيرة باسبانيا فى مدة اربع سنوات وثلاثة عشر جنينا فى برجنى
وعملت العملية القيصرية فى مثل تلك الاحوال عشرين مرة فى ثمانية عشر
شهرا فى سيراقوس وذكر باروتون مشاهدات كثيرة فى ذلك منها ان امرأة اصيبت
بجلة مدفع قسمتها نصفين وسقط جنينها فى الماء ملفوفا باغشيته والتقطه
حيا بعد زمن ما عسكرى مر بذلك الموضع وثبت ايضا ان امرأة ماتت فجأة
فى الصباح وفى مساء اليوم التالى رأى من كان موكلا بحفظها ان بطنها تتحرك
ثم خرج الجنين منها فى اليوم التالى لذلك * اقول وعندنا معاشر العرب
فى تواريخنا ما يقوى ذلك فقد رأيت فى مختصر تاريخ ابن خلكان ان ابا عبد
الله محمد بن الحسن ابن فرقد الشيبانى الفقيه الحنفى الآخذ عن ابى حنيفة
حكى ان ابا حنيفة اتى له بامرأة ماتت وفى جوفها ولد يتحرك فافتى بشق جوفها
فشقوه واستخرجوا الولد وكان غلاما فعاش حتى طلب العلم وصار يتردد
الى مجلس محمد بن الحسن المذكور ويسمى ابن ابى حنيفة لكون ابى حنيفة
كان هو السبب فى احيائه ومع ذلك هناك امثلة اخرج فيها الجنين ميتا بالحقت
او بغيره بعد موت الام بزمن قليل كربع ساعة اونصف ساعة وامثلة ذلك ايضا
كثيرة بل هى اكثر من النجاح الذى هو نادر جدا فامثلة النجاح تعد
من المستثنيات والا فالغالب عدم النجاح ويكون من المستثنيات ما ثبت ايضا
ان بعض الاجنة بقى محفوظا حيا فى اغشيته او الماء القاتر خارج الرحم
مع انه ليس هناك دورة واصلة بين المشيمة والرحم فمن الواضح ان الام متى ماتت
لم تبق حياة الجنين بعدها الا بعض درجات بل دقائق على فرض انه لم يمت قبلها
فيستنتج من ذلك كله ان العملية القيصرية بعد ساعة او ساعتين من موت المرأة
موتا حقيقيا تكون فى الغالب غير نافعة بالكلية ومن غير النافع يقينا مراعاة
حفظ حياة الجنين قبل تمام الشهر السابع

واما وجوب فعلها بعد موت المرأة حالا ومراعاة مثل الاحتراسات التى تراعى
فى فعلها فى المرأة الحية فلا يشك فيهما احد لكن لا يخفى انه يعسر تحقق ذهاب

حياة المرأة بالكلية بدون رجوع وانه يلزم السرعة فى العمل حينئذ نعم ربما وصلت تلك السرعة لموت كان يمكن للمرأة التحرس منه وربما كان الزمن اللازم لتأكيد موتها كافيا لموت الجنين الذى فى الواقع لايخرج حيا الا فى بعض احوال نادرة خارجة عن العادة اكثر من موته فى الازمنة الاول من موت الأم وقد ذكر ونزيتان وبودلوك ثلاث نسوة ظن موتهن فعملت لهن العملية القيصرية فرجعن لحالتهن السباتية التى حققت عدم موتهن واغرب من ذلك ماذكره بوه وذلك انه ظن موت المرأة فابتدأ الشق فحصل للمرأة ارتجاف مصحوب بصرير فى الاسنان واهتزاز فى الشفتين ومثال آخر افزع من ذلك ظن فيه الطبيب ترنشنيتى ان المرأة ماتت مع انها كانت فى حالة اغماء فقتلت بالعملية وانزرق الدم الشريانى على الطبيب عند شقه الرحم وريجودوس نودى لامرأة من مسافة ملقتين حصل لها فى الطلق تعب شديد فلما وصل اليها ظنها ميتة منذ ساعتين فلم يبادر بفتح البطن وانما بحث فى اعضاء التناسل فرأى ان الحوض جيد التكون ففتش على قدمى الجنين حتى خرج فى حالة موت ظاهرى فروعى مع الاحتراس حتى عاد للحياة بعد ساعتين واما المرأة فلم تزل اطرافها حافظة لسلامتها فمنع الطبيب دفنها حتى تخضر البطن فبعد بعض ساعات خرجت المرأة من السبات والخدر الذى كانت فيه ورجعت لها صحتها وعادت بعد اربع سنين لطبيبها تعرفه بانها لم تمت فاذن ينبغى للطبيب اذا دعى لامرأة اشيع موتها عن قريب ان يتأكد حالة الحوض ويجتهد فى اخراج الجنين من الطرق الاعتيادية متى كانت زائدة السعة بحيث يمرمنها فاذا علم الاحتياج للشق الرحمى عمله مع مراعاة القوانين والاحتراسات اللازمة لفعله فى الاحياء فاذا حصل شئ بعد مراعاة ذلك لم يقع عليه لوم

(المطلب الرابع)

(فى احوال هذه العملية بالاختصار ونتايجها)

من اغرب هذه العملية تكرارها فى امرأة ثلاث مرات فى ثلاثة اوضاع مع النجاح الزائد ونزلت الاولاد اقوياء فى اثنين منها وكانت تلك المرأة مصابة بارق‍‍ة العظام

وكان

وكان بين ارتفاق عانتها والنتوء البارز قيراطان وربع واول ولادة لها كانت سنة ست وعشرين وثمانماية والف عيسوية وكان طبيبها يسمى زونك فادخل الملف فلم ينفع فعمل لها اول عملية فحصل عقبها نزيف غزير فاوقف بالماء البارد وكان الولد فيها ميتا من مدة طويلة وحصل لها الشفاء التام بعد شهر ولم يعرض عارض آخر الا احتباس البول وفى سنة ثلاثين وثمانماية والف احتيج لعمل تلك العملية لها بعد ان مكث الوجع اربعا وعشرين ساعة ففعل لها الطبيب ويدمان شقا على يسار الخط الابيض وطوله لجاءت المشيمة واستخرجت بسهولة كما استخرج ايضا جسم الجنين واما الرأس فمسك اولا بسبب انقباض قوى ثم خرج وبقى هذا الجنين حيا ثم فى سنة اثنين وثلاثين عملت لها عملية ثالثة فاختير فيها الجزء الايسر من البطن ففعل فيه شق منحرف قليلا من الباطن الى الظاهر مبتدأ من اعلى الالتحام الثانى الى نصف قيراط من اسفل هذا الالتحام وصاح الجنين عند خروجه وكانت زنته ستة ارطال وثلاثة ارباع رطل ثم بواسطة جذبات لطيفة خرجت المشيمة الى الخارج وحصل نزيف وافر اوقف بسكب الماء البارد من محل مرتفع وبعد نحو شهرين خرجت المرأة من المارستان مع ابنها وبذا بنية جيدة وكانت هذه اول نجاح لتكرار هذه العملية فى امرأة واحدة وكثير من النساء مات فى ثانى عملية

(احوال نجاح العملية)

(فى القرن الثامن عشر والتاسع عشر وعدم نجاحها)

اما فى القرن الثامن عشر فاحوال عدم النجاح بالنسبة للام ٣٩ ويضم لها مثلها فى العدد لبودلوك يبلغ الجميع ٧٨ ولم يعد منها الاحوال التى حصلت فى بلاد الانقليز لانهم كما قال ونبر لا يعملونها فى بلادهم الا اذا كان القطر العجزى العانى قيراطا ونصفا فلو عدد تلك الاحوال عندهم سبعة

واما فى القرن التاسع عشر فالاحوال الرديئة بالنسبة للام اثنان وستون فتكون جميع الاحوال المحزنة المعروفة بالنسبة للام فى القرنين معا ١٤٧ واما الاحوال السعيدة بالنسبة للام فكانت فى القرن الثامن عشر ٧٠

وفى التاسع عشر ٤٨ فتكون جملتها فى القرنين ١١٨
ثم فى ثمانين مرة عملت العملية فى اثنين وستين منها بسبب ضيق الحوض ولاسيما
القطر المقدم الخلفى للمضيق العلوى فكان

قيراط		حالة
١ ـ	فى	١
١ ـ		٨
١ ـ		٢٣
٢ ـ		٢٥
٢ ـ	الى ٢ ½	٥

ثم من سنة ١٨٢١ عيسوية الى ١٨٣٠ فعلت العملية احدى وستين مرة اما
من سنة ١٨١٠ الى ١٨٢٠ فعملت ثمانى وعشرين مرة ويستدل من النظر
فيها ان الوقت الذى فعلت فيه ليس له تأثير فى موت النساء فان منها ستا وثلاثين
عملت فى بيت الولادة فكان منها احد عشر عملية جيدة وخمس وعشرون محزنة
واما الاعمال الخارجة عن المارستان فنجح من الستين احدى وثلاثون واما
بالنسبة للاطفال فالمشاهد انهم يولدون احيا اذا عملت العملية قبل تمزق القرن
او بعده حالا ثم ان نسبة النساء الناجين للموتى على مقتضى ما ذكر تكون كنسبة
اربعة لثلاثة

واما اسباب الموتى فعلى مقتضى ما فى هذا الجدول	
من مات بعد العملية حالا	٢
من التشنجات	٨
من الضعف والهبوط	٣
من النزيف	٧
من انتفاخ الخثلة بالغاز	٣
من انصباب سائل فى البطن	٣
من لين مستدام فى العظام	١

من

من استهال مائى ٢

من التهاب البريتون والامعاء ١٣

من الغنغرينا ٨

واما ايام الموت والشفا فعلى حسب ماسيذكر فى هذا الجدول

عدد الافراد	ايام الموت	عدد الافراد	اسابيع الشفا
١	٨	٣	٣
٢	٦	٤	٣
٣	١٠	٥	٥
٤	٥	٦	٥
٥	١٢	٧	٣
٦	٤	٨	٣
٧	١	١٠	٢
٨	٣	فالحالة المتوسطة من خمسة اسابيع الى عشرة	
١٨	١		
٢٠	١		
٢٧	١		
٣٠	١		
٤٥	١		

الاجنة الميتون والاحيا * جملة الاحياء ٦٧ والاموات ٢٩ * والالتحام لم يتمزق الا فى ثلاث مرات من ثمان واربعين مرة اما فى غيرها فانه كان تمدد تمددا غريبا فى الاوضاع التى جاءت فيما بعد * والعمليات الناجحة التى عملت فى المرة الثانية نسبتها لغيرها جيدة فهى كنسبة احد عشر لخمسة بخلاف مطلق نسبة العمليات الجيدة للمعزنة فانها كنسبة ثلاثة لاربعة

(المطلب الخامس)

(فى طرق العملية)

كانوا سابقا اذا اجروا فعلها بعد موت المرأة لاجل اخراج الجنين يأمرون بفعل الشق فى الجهة اليسرى خوفا من اصابة الكبد الذى هو فى الجهة اليمنى واما الآن فمن فعلها على الاحياء ظهر لها قوانين اضبط واصح فاحسن الطرق واجلها خمس احدها ان يكون الشق على الخط المتوسط موازيا لمحور الجسم وثانيها يكون وحشى العضلة المستقيمة وثالثها تشق جدران البطن بالعرض على جانب من جانبيها ورابعها يكون الجرح موضوعا فوق رباط فلوبيوس حالا وعلى اتجاهه وخامسها يكون الشق فى محاذاة العرف الحرقفى وها هى الطرق التى ذكرها المؤلفون لهذه العملية

الاولى طريقة مورسوس * هذه الطريقة ذكرها مورسوس قبل ان يذكرها غيره فقال ذكر معظمهم ان يشق فى الجانب الايسر من البطن غير ان الاحسن ان تكون الفتحة بين العضلتين المستقيمتين لان الذى يقطع فى هذا المحل هو الاغشية التى منها الجلد والعضلات لاغير انتهى واستعمل هذه الطريقة كثيرون واختارها بودلوك وهى المختارة الآن بفرانسا وانكلتيرة والنمسا وفى تلك الطريقة تحفظ العضلات فلا يقع الشق الا على الخط الابيض ولا يحصل منها الا يسير الم ولا يصاب فيها شريان وزيادة على ذلك ان شق الرحم يكون موازيا لاتجاه الياففها الرئيسة لكن قيل انها تعرض لجرح المثانة وسيلان السائلات لا يحصل فى مدة العملية او بعدها الا بعسر والجرح الذى لم يحتو الا على نسيج ليفى يلتحم ببطئ والرحم التى انفتح معظم سعة جدارها المقدم لا تميل شفتا جرحها الان تتقارب وانما تتباعد بانقباضهما

الثانية طريقة القدماء * الاولى عند القدماء حيث اختير فعل العملية فى جانب البطن ان تكون فى الجانب الايسر فيعمل شق يكون تارة مستقيما وتارة منحرفا قليلا وتارة صليبيا او متضاعف الاتجاه ولكن يكون دائما وحشى العضلة المستقيمة والمختارون لهذه الطريقة ذكروا ان منفعتها عن السابقة ان المثانة تكون فيها محفوظة من كل عارض وان التحام الجرح يكون سهلا ويسهل خروج المواد التى يلزم خروجها من الجرح ولما كانت الرحم يحصل فيها

غالبا حركة التفاف على محورها بانحرافها الى اليمين او اليسار ظنوا انها اذا شقت على الخط المتوسط يقع الشق اقرب لحافتها اليسرى من وسط قسمها المقدم فعلى مقتضى ذلك اوصوا بان تعمل العملية على الجانب الذى تميل الرحم نحوه طبيعة * قال المؤلف لكن اذا سلمنا حقية هذه المنافع يكون اجحافا وخروجا عن الانصاف فان الظاهر ان لهذه العملية اخطارا وهى اصابة الشريان الشراسيفى اوفروعه وعدم امكان حفظ الجرح متقارب الشفتين بسبب انقباض العضلات المستقيمة والمستعرضة وعدم امكان توازى جرح الرحم لجرح البطن

الثالثة طريقة لوفرغات * والطبيب لوفرغات الذى عرف المنافع العظيمة اولا للشق الرحمى على الخط الابيض التزم تحرزا من اخطار الطريقتين السابقتين ان ينظم طريقة استعملها قديما بعض الاطباء فاوصى بشق مستعرض طوله خمسة قرار يط بين العضلة المستقيمة البطنية والعمود الشوكى تحت الضلع لثالث الكاذب بكثير او قليل على حسب كون قعر الرحم بعيدا عنه كثيرا اوقليلا فاذا فعل ذلك تبعد الياف العضلة المستعرضة لانها تقطع فبذلك لا يصاب الشريان الشراسيفى ولا القطنى وبه يقع الجراح على عمق الرحم الذى تجويفها يكون على شكل قمع يعين على سيلان النفاس من المهبل ومن الخلة ويسهل حفظ توازى الشقين والخياطة هنا غير نافعة وانما مجرد الوضع يكفى لحفظ شفتى الجرح متقاربتين والزاوية الوحشية للجرح تكون شاغلة لاميل جزء فى البطن فلا يخاف انصباب المواد فى البطن كما يخاف فى الطرق السالفة * قال المؤلف ولنا ان نبحث فى ذلك بان الالياف اللحمية للعضلة المنحرفة الكبيرة والصغيرة تقطع ولابد فادنى حركة تطرد الاحشاء الى الخارج والرحم من حيث انها انشقت من قعرها بالعرض وهنالك يكون اغلظ اوعيتها لم تلبث قليلا حتى تبعد عن الفوهة الظاهرة بعدا عظيما واليافها اذا انقبضت تتعب بتقارب حوافى الجرح الباطن لانها تعين على التقارب فهذه العملية وان حصل منها نجاح للطبيب لوفرغات مرتين وكذا لغيره الا انها تعرض لجرح

الشريان الشراسيفى فليست اقل خطرا من السابقتين

الرابعة طرق التمسيا وبين * اولا ها الخنا تاستين ان يعمل شق منحرف او زاوى مبتدئ مبتدأ من الفرع الافقى لعانة من جانب نافذا من الخط الابيض ومنتهيه لطرف الضلع الاخير الكاذب من الجانب الآخر * وثانيها اختار زيج ان يعمل الشق من وسط الخط الابيض من جانب الى مسافة قيراط ونصف من وسط الفرع الافقى للعانة التى من ذلك الجانب * وثالثها اوصى بورج اولا فى سنة ١٨٠٦ ان يشق المهبل فقط او مع عنق الرحم لاغير بعد فتح جدران البطن ثم فى سنة ١٨٢٠ اراد رتجان ان يحترس على البريتون فجعل الشق هلاليا مبتدأ من الشوكة الحرقفية المقدمة العليا الى شوكة العانتين ثم يفصل التصاق البريتون ويدفعه الى الباطن لاجل ان يشق المهبل والعنق * قال المؤلف ولا ادرى كيف يمكن ان يشق طرف الرحم بدون الغشاء المصلى المحيط به ويظهر لى ان التعسرات اللازمة لهذه الطريقة مع ما ينضم لها من فصل الالتصاق الذى يلزم ان يكون فى الحفرة الحرقفية ليس من طبيعتها ان تصير العملية اقل ثقلا من الطرق السابقة على ان هذه العملية انما هى مجرد ذكر وقصد ولم يعلم الى الآن ان احدا استعملها فى الاحياء * واوصى بيل بان يشق عنق الرحم لا جسمه فى العملية القيصرية غير ان ذلك لم يتبعه فى العمل الا بودلوك الصغير لكن اخطار ذلك هو النزيف وعدم التئام جرح الرحم اما الاول فلان الرحم لا ينقبض على نفسه بل يبقى فى حالة خمود او ينقبض بعد العملية انقباضا رديئا واما الثانى فلان تشكل التهاب ولو قليلا مصاحب لاضطراب عام فى الجسم يمنع التئام المجروح والقروح فيكون ذلك نتيجة للاخطار التى يخشى على المرأة منها الاسبب لها

الخامسة طريقة بودلوك الصغير * المنسب بودلوك الاخطار الرئيسة فى العملية القيصرية لاصابة البريتون واعتبر جروح الرحم مهلكة من غالبها ذكر طريقة هى على حسبه بالنظر لهذا الخطر المزدوج احسن من بقية الطرق وتختلف عنها بالكلية وذكر ان دواس استعملها مع النجاح ثلاث مرات

فى امراة

فى امرأة واحدة مع انه قد خمس نسوة من ثمانية بطريقة لوفرغات وكيفيتها
ان يبتدأ الشق قرب شوكة العانة ويطيله على موازاة رباط بوبار حتى يجاوز
الشوكة الحرقفية المقدمة العليا وعلى الجراح ان يختار الجانب الايسر بسبب
ميلان العنق الى تلك الجهة اذا كانت الرحم زائغة الى اليمين والجانب الايمن
فى عكس ذلك وبعد ان يقطع جدار البطن بدون ان يلامس الشريان
الشراسيفى يبعد البريتون من الحفرة الحرقفية الى التقعير ويخاص منه الجزء
العلوى من المهبل ليفتحه فتحة فيها سعة ما ثم ينفذ اصبعه من هذه الفتحة
ليدخل فى الفتحة الرحمية التى يجتهد فى جذبها نحو جرح البطن ضاغطا على
قعر الرحم فى الجهة المخالفة لذلك ليعين على انقلابها فاذا صار العنق مجاورا
لفتحة جدران البطن تترك الولادة للانقباضات الرحمية او توسع الفتحة بالاصابع
ويجذب الجنين اما باليد او بالجفت وهذه العملية وان كانت بديعة الا انها
لم تستعمل فى معظم الاحوال وتمزق المهبل مع الفساد الذى يحصل بالضرورة
فى الحفرة الحرقفية او فى التقعير الحوضى مهول مخيف اكثر من الشق المناسب
للبريتون والرحم الذى يفعل فى الشق الرحمى الاعتيادى

السادسة طريقة فتريك التى لا تبعد كثيرا عن طريقة بودلوك وذلك ان هذا
الطبيب بعد ان ذكر ان البريتون فى الحوامل يسهل فصله عن المثانة وما حول الى
عنق الرحم ظن انه اذا فعل شق افقى اعلى عن العانة خالا جاز ان يوصل لعنق
الرحم فيفتح ذلك العنق بدون ان يصاب الغشاء المصلى البطنى لكن يصح
ان نقول كما قال هوزنير ان هذه العملية ليس فيها عظيم اهتمام فلا حاجة
للبحث فيها

السابعة طريقة المؤلف قال يلزم ان يكون دائما شق الجدران البطنية محاذيا
لابرز جزء من الرحم فقبل انفجار القرن يكون ذلك دائما فى الجدار الايمن
وبعد خروج المياه يكون عادة على الخط الابيض فى الحالة الاولى متى بقيت
الرحم عظيمة الحجم او منحرفة جدا فالظن ان الاحسن ان يوضع الشق بانحراف
من اعلى الى اسفل ومن الوحشية الى الانسية كما يفعل فى ربط الشريان

الحرقفى بطريقة ابرنيثى لاان يتبع الخط القائم اى الاتصالى فهذه وحدها هى الواسطة للتحرز من اصابة الشريان الشراسيفى ولبقائه وحشى العضلة المستقيمة واما من جهة الرحم فيظهر ان منفعة الشق الهلالى فيه هو انه يعطى ممرا سهلا لخروج الجنين وانه يتعسر يعنا وان يكون الذهاب به دائما للجزء الذى لا يوجد فيه الا قليل من الاوعية بسبب تقعيره وقد سلكت هذه الطريقة فى امرأة عملت لها هذه العملية واظن انها استصيرمتبعة عموما

(المطلب السادس)

(فى كيفية العملية)

ما يلزم قبل العملية * اذا خيف خطر على الجنين ينبغى المبادرة بالعملية وان لا يحكم بها الا بعد ان يؤكد ان الحوض ضيق جدا بحيث لا يخرج الجنين منه فقد اتفق ان امرأة كانت بين يدى لورواس وهو يتكلم فى لزوم العملية القيصرية لها فبينما هو كذلك اذ ولدت تلك المرأة من غير استعانة بشئ وبعض المولدين كان يأمر بوضع المرأة فى مامدة العملية خوفا من دخول الهواء فى البريتون واما الآن فقد صار ذلك معدودا من الهذيان والوسائط المستعملة لتحضير المريضة هى الفصد والاستحمامات والمسهلات ونحو ذلك مما يستعمل للعمليات الكبيرة

فاذا بقى جيب المياه بدون انفجار فهل يلزم تمزيقه كما اوصى به بعضهم قبل شق الرحم او يترك سليما كما هو رأى الاغلب ونحن نقول اذا استفرغ سائل الاغشية امن من انسكاب السائل الامنيوسى فى البريتون وقل الخوف من النزيف ومن خمود الرحم لكن ليست هذه العوارض هى التى يكون الخوف منها اكثر مدة العملية لانه يخاف من انقباضات الرحم اكثر من خمودها واذا كانت البذرة تامة سهل استخراج الجنين وجرح الرحم الذى يكون فى الابتداء اكثر اتساعا واوسعة ينتهى بان يصغر جدا فينتج من ذلك ضعف التهيج الذى يحصل فى الرحم فاظن وفاقا لديزرموس ان الانفع ابقاء جيب المياه بدون تمزق

ولا ينبغى

ولا ينبغي ان يهمل تشريح المثانة خصوصا اذا اريد اتباع طريقة مورسوس والجهاز مشرط محدب ومشرط مستقيم ذو زر وجفوت ومقصات وابر خياطة وخيوط وانابيب ريش وعصايب غروية وتفتيك مساوى وغير مساوى وخرق مدهونة بمرهم ابيض ورفائد طويلة ومربعة ورباط بدن واسفنج دقيق وكبير الجرم وحقنة وانابيب من صمغ مرن فى الحالة التى يفعل فيها الحقن وماء فاتر وماء بارد وخل ونبيذ وماء كلونيا فهذه كلها يلزم تحضيرها وتوضع المرأة على سريرها حسب الامكان وتلازمه فى الايام الاول من العملية ويكون وضعها غير متعب لها فاذا كانت على ظهرها يكون رأسها مرتفعا قليلا والساقان والفخذان منثنيات قليلا ويحفظها مساعدون ليتيقظوا لحركاتها الغير المناسبة التى يمكن ان تتسبب عن الاوجاع وشخصان منهم يضعان ايديهما على جانبيها وقعر الرحم ايضا بحيث يحدانه فى محله اللايق به حتى لا ينزلق عضو بين سطحه وجدار البطن ويكون ذلك القعر مع الجدران البطنية كتلة واحدة ولذلك يظهر ان وضع اليدين على اسفنجة عريضة كما اوصى بذلك بعضهم اولى من وضعهما عاريتين

الشق * يشق الجراح بمشرط محدب جميع الطبقات مبتدأ من حوالى السرة ومتجها نحو العانة فتقاسعته من خمسة قراريط الى ستة لا ان تؤخذ ثنية عريضة ثم تقطع كما امر بذلك بعضهم ففى ذلك يشق على التعاقب الجلد والطبقة التى تحته والصفاق والالياف العضلية اذا لم تعمل العملية على الخط المتوسط وكذا المنسوج الخلوى ولا ينبغى ان ينزل بهذا الشق الى قرب العانة جدا لوجود المثانة هنالك ولان جدران البطن هنالك تكون غالبا سميكة جدا وانما الاحسن ان يطوله الى اعلى عن السرة مع الاحتراس عن ان يمر به الى يسارها حذرا من اصابة الوريد السرى ولاسيما التفمم الذى يمكن ان يوجد بينه وبين الوريد الشراسيفى وقد ذكر هذا التفمم كثير من المتأخرين ومنهم المؤلف فى كتابه فى التشريح الجراحى * وبعد فتح البريتون تدخل فى فتحته السبابة اليسرى التى تخدم مرشدا للمشرط ذى زر يوسع به تلك الفتحة حتى

تكون سعتها كسعة شق الجلد فحينئذ تكشف الرحم فتشق طبقة طبقة ببطئ حتى يصل بذلك الى سطح البذرة ثم لاجل ان يحفظ ما امكن من طول العنق يؤمر المساعدون بان يضغطوا بلطف قعر الرحم بان يحركوه حركة من جهة الى الامام ويصح ايضا كما قال بعضهم ان يشبك فى الزاوية السفلى لجرح الرحم لتحصل تلك الحركة او اقله ان يعان عليها فان تلك الحركة بسبب كونها تسهل استطالة الشق بعيدا جدا الى الاعلى تمنع اصابة العنق فتحفظه واوصى بعضهم بان يشق الرحم من اسفل الى اعلى ليمنع خروج الامعاء ومن هؤلاء من ادرك ان الرحم يلزم ان تكون محل ارتكاز لشق جدران البطن والاحسن لاجل عدم التعرض لجرح عروق المشيمة ان يستعمل المشرط ذو الزر لتكملة الشق لا ان يستعان بالمجس القنوى لتوجيه المشرط المحدب عليه * قال المؤلف ولا ارى خطرا فى كون الاصبع يفصل اولا جزأ من المشيمة والاغشية ولا بأس فى هذا الوقت لا قبل ابتداء العملية ان تتبع وصية بعضهم من فتح جيب المياه من المهبل سواء بالاصابع او بالآلة كما يفعل ذلك عموما فى بلاد النمسا واذا اجرينا على ما هو الاحسن على رأى المؤلف من ثقب غلاف البذرة من الجرح يكون من المهم زيادة انتباه المساعدين فى كون الجدران البطنية لا تفارق الرحم فبهذه الكيفية يمنع انصباب المياه فى البريتون وخروج الاحشا الى الخارج

استخراج الجنين * ثم بعد ذلك يستخرج الجنين بسرعة فاذا جاء بالرأس او بالمقعدة يجذب وهو فى هذا الوضع ولاجل الاعانة على خروجه تؤمر المساعدون بالضغط بخفة على جانبى الرحم من وراء جدران البطن فاذا جاء على غير هذا الوضع مسك من القدمين واستخرج مع الاحترامات اللازمة فى الولادة من الطرق الاعتيادية بان يحترس خصوصا من رض شفتى جرح الرحم او جذبهما

وبعد خروج الجنين يصح كما قال بعضهم بمساعدة مجس من صمغ مرن ان يدخل الحبل السرى فى الجرح لتخرج المشيمة من المهبل لكن لا منفعة فى ذلك بل

ذلك

ذلك يزيد في بطئ العملية بطئا محسوسا وزيادة على ذلك ان انكماش الرحم الذي يصير غالبا هذا العمل غير ممكن يقهر المشيمة على ان تخرج من الجرح فتعلن بذلك على الطريق الذي اختارته للخروج ثم لاجل ان يقل حجمها ومقاومتها تمسك في خروجها من احد حوافها اذا امكن وذلك احسن من مجرد جذبها بالحبيل واما الاغشية فيحترس على لفها على هيئة حبل كما في التخليص الطبيعي حذرا من ان يبقى منها شئ في الرحم فاذا انصب دم وتجمد قطعا لزم ازالته باليد ولا بأس ان تغسل جميع الاعضاء بالحقن بالماء الفاتر *قال المؤلف ولا ارى كما رأى غيري انه يلزم ادخال اليد في الرحم لاجل ان ينبه انقباضها ودفعها للمشيمة من الطرق الاعتيادية ولا كما قال استين انه يوضع في تجويفها قطعة اسفنج طولها ثلاثة قرار يط وتبقى فيها لتخدم للرحم قطعة ارتكاز ولتتشرب مادة الحقن ولا كما قال بودلوك ان من النافع لاجل ان يبقى عنق الرحم منفتحا ان يوضع فيه شريط خيطي ولا غير ذلك مما ذكره المولدون من قنوات ومجسات وغيرها فان هذه الوسائط لا تمنع انسداد الفوهة بل تزيد في تهييجها ونزيفها بدون منفعة وانما يكفي الذهاب للفوهة بالاصبع زمنا فزمنا لتبقى منفتحة نصف انفتاح اذا انقطع نزول المواد منها على انه لا يمكن ان يمنع نزول تلك المواد كلا او بعضا من الجرح

تقطيب الجرح ووضع الجهاز عليه *وبعد تمام العملية ينبغي ان يمنع سيلان الدم في الطريقة الجانبية ولاسيما طريقة لوفيرغات قد تقطع فروع شريانية صغيرة فتربط كلها اذا لم يرد ربط كل ما فتح منها اولا فاولا في مدة العملية يضع المساعدون اصابعهم على الفوهات الرئيسة الشريانية الرحمية ولم يذكر المولدون سابقا انها تسد بخيوط وان تجاسر بعضهم على ذكر ذلك وانما اوصوا بكيها بقطعة من الزاج اومسها بروح العرقي او يوضع على الجرح كما قال استبر بلسم كوبابا *قال المؤلف والاحسن عندي ان يفوض ذلك لانقباض الرحم ويحرض هذا الانقباض اذا تأخر حصوله بان ينبه تجويف الرحم او الجرح بالاصابع او بالخرق المبتلة بماء مخلل فان بعد بعض دقائق ترجع سعة الشق

الى قيراطين فيمتنع بذلك جميع انواع النزيف * هذا ولا نشغل انفسنا بما اوصى به ميكاليس من استئصال الرحم ليمنع حصول تلقيح جديد وللحذر من حصول ردفعل عظيم ولا بما امر به بلونديل لاجل ذلك من قطع بوقى فلوبيوس فان الاشتغال بذلك ضياع وقت بلا فائدة

ثم ان فى بلاد الانقليز والنمسا بل وفرانسا يضم جرح البطن غالبا بالخياطة المتفرقة او اللفقية * قالوا لان ذلك هو الواسطة الوحيدة لحفظ شفتى الجرح متقاربتين وللحذر من حصول فتق من الاحشاء حتى ان بعضهم اوصى بوضع غرز الخياطة قبل شق الرحم لاجل ان يضم الجرح باسرع ما يمكن ومنع بعضهم الخياطة وقال ان العصائب اللزجة تقوم مقامها * قال المؤلف وانا اختار الخياطة حتى فى طريقة لوفيرغات وعلى كل حال ينبغى ان تترك الزاوية السفلى للجرح سائبة خالصة لتخرج منها المواد وتنفع للشريط الذى يوضع احد طرفيه فى الرحم وطرفه الآخر يخرج من هذه الزاوية ويبقى فى الخارج واظن ان الخياطة اللفقية اولى من غيرها هنا وغرز الخياطة لا تمنع وضع العصائب اللزجة فيما بينها ولا تقويتها برباط ضام ويوضع للمريضة مناسب

ثم يغطى الجرح بخرقة مثقبة او بعصابة مدهونة بمرهم ابيض ويوضع على كل جانب رفادة طويلة عريضة ثم وسائد من تفتيك دقيق ورفائد اعتيادية ثم رباط بدن جيد الوضع ثم به الجهاز وقبل ان تترك المرأة يبعد عنها الخرق التى اتسخت فى وقت العملية ويوضع على سريرها باخف ما يكون من الحركات وبحيث تكون عضلاتها مسترخية ويؤمر لها ببعض جرع مضادة للتشنج مؤفونة قليلا لتسكين الانزعاجات العصبية مع الاحتراس على ان يسيل دم النفاس من المهبل لا ان ينصب فى البطن ويؤمر لها ايضا بمشروبات محللة وبالفصد والعلق عندما يظهر ادنى عرض التهابى وتؤمر بالهدو والسكون التام لجسمها ولعقلها فهذا ما يلزم الجراح فعله لمن عمل لها العملية حذرا من عروض الاخطار المهددة بها

(النوع الثانى)

(فى العملية القيصرية المهبلية)

(المطلب الاول)

(فى الدلالات لهذه العملية)

هذه الاسباب كثيرة تستدعى عمل العملية القيصرية المهبلية منها انسداد عنق الرحم والتيبس الليفى الغضروفى له كما شوهد ذلك كثيرا بحيث عسر فى بعض المشاهدات ادخال مسبار الى تجويف الرحم ومنها التشنجات الشديدة التى توقع المرأة فى الخطر مع كون الفتحة متوترة جدا وقليلة الاتساع بحيث لا تدخل منها اليد ومنها انحراف الفوهة انحرافا زائدا الى الخلف مع كون رأس الجنين جاذبا معه فى التقعير الى الفرج الجزء المقدم من الرحم بحيث يوتره ويرققه فاذا لم يعمل هذا الشق تمزق ذلك الجزء وربما لزمت هذه العملية اذا خرجت الرحم من الحوض مدة الحمل ولم يمكن رجوعها ولم يتيسر توسيع عنقها بالاصابع مع ان تعويق الولادة حينئذ خطر وامثلة ذلك كثيرة غير ان لزومها بالاكثر فى الاحوال الاسقيروسية وعند ما يوجد فى الفوهة مقاومة للانقباضات الرحمية التى تتعب المرأة فى فعلها بدون منفعة وبدون ان يحصل منها اتساع للفوهة

فيؤخذ من دلالة العوارض التى تستدعى العملية ان هذه العملية القيصرية المهبلية تعمل فى حالتين مختلفتين ففى اولاهما يكون المراد اطلاق العنق الطبيعى الضيق او المريض واما فى ثانيهما فيقهر الطبيب على احداث فوهة صناعية لاجل الوصول الى الجنين فلزومها فى الحالة الاولى استشعر به كثير من الاطباء سابقا حتى قال لوموين اذا كان العنق مندملا واستعصى على المرخيات والافصاد فاطلاق قيده اولى من انتظار تمزقه وكان عند سميلى مقصات لهذا الاطلاق واما فى الحالة الثانية فقد عملت كثيرا سوآء فى الانسداد التام او فى مجرد الزوغان * وقد يضطر لفعلها ايضا كما وقع ذلك لبودان فى احوال المجىء بالذراع اذا لم يمكن فيها الذهاب للتفتيش على القدمين ولم يكن

هنالك واسطة غيرها المنع بترهذه الذراع * ثم ان هذه العملية وان كان خطرها قليلا الا انه لا ينبغى فعلها بدون تحقق الاحتياج اليها فيلام على من تجازف عليها بمجرد رؤيته اندماجا فى العنق وعدم اتساعه الاتساع المراد له من الابتداء فيهجم على فعلها ولا يصبر قليلا لعل الله يحدث بعد ذلك امرا * قال المؤلف وطالما فعلت كثيرا فى احوال كانت فيها غير لازمة الاستعمال

(المطلب الثانى)
(فى طرق العملية)

الطريقة الاولى اطلاق العنق اى فك قيده * اذا كانت الفوهة موجودة لم يكن هنالك اسهل من فعل العملية القيصرية المهبلية ولا فائدة هنا فى وضع الآلة المسماة بالناظورة الرحمية التى استعملها بعضهم هنا وتوضع المرأة كما توضع للجس او كما فى عملية التحويل فيختار الاحسن والاسهل للطبيب من كلا الوضعين ليسهل عليه عمل الشق ولا منفعة هنا للقاريض ميلى ولا لغير ذلك مما ذكروه هنا وانما يهدى على السبابة مشرط ذو زر محاط كله بشريط من خرقة ما عدا ثمانية خطوط الى اثنى عشر من طرفه فبذلك يصل الى العنق بدون تكلف اذا لم يكن بعيدا جدا عن مركز الحوض اما فى عكس ذلك فانه يلزم ان يبدل المشرط المستقيم بالمشرط المعوج للحكيم بوت ثم فى الحقيقة يمكن الاقتصار على شق واحد كما فعل ذلك بعضهم لكن ما دام العنق غير متسع يجوز ان لا يقهر بذلك الاجزاء من التعسرات ولما كان من المهم ان لا يكون الشق عميقا جدا لزم ان يختار فعل شقوق كثيرة بينها وبين بعضها مسافات وهذه طريقة امر بها افطولى ولوفيرغات واستعملت بنجاح ولقد حصل من تضاعف شقوق الاطلاق على يد موسكانى نجاح تام لامرأة كان يعسر ان يدخل فى عنق رحمها مسبار واعيدت لها تلك العملية مرة اخرى بنجاح بعد المرة الاولى بخمسة عشر شهرا مع انه اتفق ان امرأة عمل لها العملية الطبيب مسكانى الكبير بشق واحد فماتت من تمزق الاعضاء ولقد مدح بعد ذلك هذه الشقوق المتضاعفة كثيرون ونفعت فى بيت الولادة بباريس فى حالة كان فيها العنق ضيقا والشفة

الخلفية لبوزطنشيا ملتصقة من الخلف ونجح ايضا مع الطبيب جريم فعل ثلاثة شقوق بسبب زوغان قوى مع تضايق وغيره فعل مثل ذلك فى تيبس العنق فى حالة لزم فيها استعمال الجفت ورجعت المرأة لصحتها واتفق لزوم هذه العملية ايضا فى حامل سقط رحمها * هذا ويظهر ببادى الرأى ان الرأس لا يمر من الفوهة بدون ان يطول هذه الشقوق الى جسم الرحم ويمزق البريتون مع انه لا يحصل شئ من ذلك بل تبقى تلك الشقوق فى العادة مقصورة على سمك العنق فاذا عملت لاجل تيبس اسقيروسى اوليفى كان نهاية ما يسيل من الدم بعض آواق وقد عملت هذه العملية المهبلية لبقرة بسبب تيبس فى عنق رحمها فسلمت هى وجنينها ايضا

الثانية شق العنق * اذا شق الجدار المقدم للرحم بدون ان يذهب بالشق للفوهة كما فعل لوفيرغات وغيره اضطر لاستعمال مشرط مستقيم او محدب غير ذى زر عند ابتداء العملية التى هى ارق والطف من الحالة السابقة فلاجل ان لا يجرح جزء الجنين الذى جاء اولا ينبغى الانتباه جيدا فى فعل الشق ومع ذلك متى وصل الجراح الى الرحم فالسبابة التى استخدمها نقطة ارتكاز لسن المشرط تصير مرشدا اكيدا ويمكن بالمشرط حينئذ ان يوسع الجرح بقدر ما يلزم بدون خطر عظيم ولننبه ايضا على ان الاخطار فى استطالة الشق الى الخلف اقل منها فى استطالته الى الامام بسبب وجود المثانة مع انه لا منفعة فى توسيعه توسيعا زائدا لانه من الخلف يمكن ان يقع على الحاجز البريتونى المستقيمى المهبلى بل والامعاء ايضا وانما الاحسن مضاعفة الشقوق لا ان يقتصر على شق واحد فاذا كانت المرأة نائمة يكون الخطر على رأس الجنين من الشق الاول اقل غير ان المنسوجات تقل سهولة قطعها حينئذ فاذا كانت واقفة انخفضت الرحم زيادة وبقيت اكثر توترا

ثم بعد الولادة يضيق هذا الشق البسيط او الشقوق بسرعة والغالب انه لا يمضى نصف النهار الا ويرجع العنق الى وضعه الطبيعى فاذا سال الدم بمقدار غزير سهل ايقافه بالحقن بالماء المخلل وبالسدادات واما الكى وان سهل فعله الا انه يندر

الاحتياج له فى مثل هذه الحالة واما النفاس فانه يخرج من العنق او من الجرح والمرأة بالنظر لذلك لاتستدعى شيأ سوى ماتستدعيه بعد الولادة الاعتيادية لكن من الحزم ان يوضع مجس قنوى غليظ من صمغ مرن اذا كانت العملية لانسداد حقيقى فى الفوهة اواقله ان يوضع شريط من قماش منسول الجوانب اذا بقى العنق بعد العملية محفوظا مدة اسابيع فى الفتحة الجديدة حتى ان لوبستين اضطر لان يجذب هذا الجسم الغريب قبل ان يمضى الزمن الذى اراده فرأى سريعا انسداد الجرح وخروج الحيض بانتظام كعادته

(الفصل الرابع)

(فى العمليات التى تعمل على الجنين)

(المبحث الاول)

(فى شق الرأس وتقطيع الجنين)

الانقليزيون يفضلون عموما ثقب الجمجمة اوتقطيع الجنين ولو حيا على الشق القيصرى وتمسك بذلك ايضا بعض النمساويين وبعضهم لم يحترز ذلك واستين هو الذى وسع الكلام حسب امكانه على استعمال شق الرأس واوصى به اذا تعطل الطلق من سبب آخر كما فى احوال التشنجات الحاصلة من ضغط الرأس على اعصاب الحوض

الاول الشق الرأسى * لايستعمل فى فرانسا الشق الرأسى الا اذا تحقق موت الجنين او اقله ان يكون قريبا للعقل ولم تتيسر الولادة من الطرق الاعتيادية فاذا كان اتساع الحوض اقل من خمسة عشر خطا اولم يمكن ادخال اليد كلها فى الرحم فالاحسن فعل العملية القيصرية حتى وان كان الجنين ميتا * قال المؤلف واقول ان جيراننا اعنى الانقليزيين لايقدمون على الشق الرحمى الا نادرا ويسهل عندهم قتل الجنين اذا خيف تعرض حياة الام للخطر واما بقية الاقاليم فافرطوا فى خلاف ذلك ويلام عليهم ايضا كالذين قبلهم فان الجنين اذا بقى حافظا لجميع قوته وشدته لم تتعرض له بهلاك عكس مايفعل فى بلاد الانقليز وفى بلاد الشمال مع انه يلزم لاستخراجه ان تعرض حياته للخطر بواسطة

العمليات التى هى ثقيلة ولابد لكن ليست دائما مهلكة للمرأة ولاشك ايضا على رأيى انه لا ينبغى اختيار الشق الرأسى اذا لم يكن هناك ادلة قوية على موته اوعدم امكان معيشته فكان من الجفا والقساوة ان يوجد بعد العملية القيصرية قزمة اوكائن ضعيف حقير يلزم ان يموت بعد بعض دقايق اوبعض ساعات ويحصل من ذلك تألم امه المسكينة ثم موتها كذلك يكون من الفحش والخطا ايضا الخارج عن العادة تصوران تقطيع الجنين ليس فيه خطر على الام مع ان الامر بالعكس وان العملية تكون اخوف اذا لم ترجع لشق الجمجمة فقط اوعملت فى حوض يكون مضيقاه اقل من ثمانية عشر خطا

وبالاختصار نقول شق الرأس يفعل اولا اذا كان الجنين ميتا وكانت الممرات ضيقة جدا لايمرمنها بالجفت ولا بعملية التحويل وثانيا اذا غلب على الظن ان الجنين انقطعت حياته اوقارب الموت وانه يلزم لاخراجه بجملته ان يعمل الشق الرحمى وثالثا اذا بقى الرأس وحده فى الحوض ولم يكف لاخراجه اليد اوالجفت اوالكلاليب فمن غيرالنافع بل الخطر المتروك بالكليه اذا كان الجنين ميتا ان يشترط كون اصغر قطر الحوض اقل من ثمانية عشر خطا اوعشرين

الثانى فى تقطيع الجنين * هذه العملية تقوم من ادخال آلة قاطعة فى الرحم يقطع بها الجنين قطعا ليقل حجمه ويخرج جزأ جزأ وهذه العملية استعملها المتقدمون كثيرا بحيث لم يكن لهم واسطة غيرها اولم يكن لهم وثوق بوسائط البنيه واما الآن فمنفعة الجفت والرافعة والتحويل والشق العانى والعملية القيصرية واضحة جليلة بحيث صيرت هذا التقطيع غيرنافع بالكلية ولا تعمل فى زمننا هذا الامن جهلة اطباء ارياف اوربا الذين لاحظ لهم فى معارف علم الولادة

وشق الجمجمة نفسه لا يضطر له الا نادرا بحيث لم يحتج اليه الا فى مرة من عشرين الف ولادة اواكثر كما يؤخذ من لشبيل ومنهم من عثر عليه مرة من تسعمائة فى مارستان استرسبرغ والحكيم ريبك ذكرمنه اربعا وعشرين مرة فى مائتين وعشرين الف ولادة وميرمان ذكر ثلاث عشرة مرة فى ثمانية عشر الف ولادة

ومنهم من ذكر ثلاث مرات في الفين وخمسماية ولادة والجفت الهارس للرأس
الذي اخترعه بودلوك الصغير وجعله بدلا عن الآلة الناشرة وسنتكلم عليه
قريبا صير هذه العملية نادرة الاستعمال

كيفية العملية * ولاجل شق الرأس استعمل ابن سينا وموروسو جواذب
للرأس قاطعة على شكل صنانير وكلابات وبعضهم ومنهم لوفريت استعمل
ثواقب ذوات غمد وسمسون اخترع حلقة مشرطية ومنهم من اوصى بثاقب
جمجمة ذي سن ونوعوا ذلك تنوعا كثيرا واخترعوا ثواقب كثيرة وكلابات
مزدوجة ومقاريض متنوعة لا حاجة لاطالة الكلام في شرحها واما الآن
فاكتفى بمجرد مشرط او مقراض اذا لزم ان ينفذ به نفوذا غائرا واحتيج
لاستعمال قوة شديدة

وينبغي ان توضع المرأة كما في ادخال الجفت ثم يؤخذ المشرط ويلف بخرقة الى
قرب سنه ببعض خطوط ثم يهديه على الوجه الراحي لاصبع او اصبعين من
اصابع احدى يديه بعدما يكون ادخل ذلك الاصبع من قبل حتى تصل الى
جزء الرأس الذي يراد ثقبه ويختار يافوخا او قلة درز لينفذ المشرط فيه بسهولة
واختار فطولى اذا كان الآتي هو القمة ان توضع الآلة على مركز قسم الجمجمة
الذي نزل فان وضعه على جزء صلب اولى من وضعه على اليوافيخ ولكن هذه
طريقة قبيحة مخالفة لما هو مختارعموما * فاذا كان الجذع خرج الى الخارج
جاز ان يقهر الطبيب على النفوذ من العظام نفسها فيقع بالآلة في هذه الحالة
على الجبهة او على قاعدة القمحدوة فاذا كان العايق استسقاء مخيا جاز ان يتبع
ما اوصى به بعضهم من فتح السلسلة من الخلف في القسم الفقري وينفذ
في الجمجمة بساق معدني او بغيره من القناة الفقرية ويقال انه نجح جيدا في هذه
الحالة مسبار امراة * فاذا كان الرأس وحده في الحوض ينبغي ان يفتش على
خلوه من اخلينه الغشائية لكن ليس العثور على ذلك دائما لازما وانما يختار المولد
حينئذ العظم الذي يكون اقل مقاومة ويمكن ان تلامسه اصبعه وفي مدة هذه
العملية ينبغي لاجل ان يبقى الرأس منحصرا كان يمسك مساعد الرحم بيديه

ويدفعها

ويدفعها نحو المضيق ليعطى للاجزاء التى يراد قطعها التثبت اللازم * ومن جهة اخرى ينبغى ان لا يحرك سن الآلة فى باطن المرأة بدون ان يحفظ ويغطى بيطن اصبع من اصابع الجراح فاذا وصل الى الجمجمة يطول الشق حسبما امكن الى قيراط والغالب ان لا يكتفى بشق بسيط وانما ينبغى فعل شق صليبى يمكن دخول الاصبع فيه كما اوصى بذلك لوفيرغات ويفتت بها الجوهر المخى الذى يصح ايضا ان يخرق بالآلة الشاقة للرأس نفسها او بالقاثاطير واما الملعقة التى كانوا سابقا يفرغون بها المخ من الجمجمة فغير نافعة كما يعلم مما سبق

فاذا اختير ثاقب الجمجمة لسميلى ادخل مطبوقا مراعى فيه الاحتراسات اللازمة للمشرط وفى هذه الحالة يكون كالشاقة الاعتيادية للرأس غير ان فرعيه المركب منهما من حيث انهما قاطعان بحافتهما الخارجية يعظمان الشق الذى فعلاه اولا على حسب درجة فتحهما اذا ابعدتا عن بعضهما ثم يطبقان ثم يفتحان من جديد فى اتجاه آخر وبعد ذلك يمكن ان تستعمل هذه الآلة لتصيير المخ لينا سائلا فاذا كان عدم التناسب بين الرأس والحوض غير زائد ولم تزل الرحم حافظة لقوتها ترك الباقى من عمل الولادة لاعمال المرأة فيتم بسرعة عظيمة اما فى عكس ذلك فيضطر لاستعمال جفت الولادة او الكلابات اى الصنانير فالجفت يختار دائما اذا امكن وضعه وكان فى الرأس ايضا صلابة ولم يكن قابلا للانزلاق ولا للتراخى واخذ عندما اضطر لاستعمال قوة مدة الجذبات ولذلك اخترع هجتون جفتا له اسنان من الباطن وهو شبه هارسة الرأس

(المبحث الثانى)
(فى الكلابات اى الصنانير واستعمالها)

كانت الكلابات اى الصنانير مستعملة فى معظم الاحوال التى تنتهى الآن انتهاء حميدا بواسطة الجفت وفى كثير من الاحوال التى يكفى لاتمامها جيدا عملية التحويل او فعل اليد ولذلك لا يزال استعمالها آخذا فى الندرة شيأ فشيأ كلما انتشرت معارف علم الولادة ومثلها فى ذلك بقية الآلات المهلكة التى

كانت تستعملها القدماء ولذلك ذكر دويس انه فى ثلاثة آلاف ولادة لم يضطر لاستعمال الكلابات ولا فى مرة واحدة

اشكالها * الكلابات نوعان احدهما ينتهى بطرف اى رأس مجوف مستدير بيضاوى ومنتفخ كثيرا او قليلا فيقوم مقام الاصابع او العرى وهذا النوع لا يكسر ويوضع مدة الحياة كبعد الموت على اجزآء مختلفة من الجنين واشكاله كثيرة وقد اوصوا بابدالها كلها بالكلاب الذى ينتهى به يد جفت الولادة الجديد لكن احسنها ما كان ذا ساق طويل من فولاذ له يد من خشب ومنحن على هيئة قوس دائرة وجيب ذلك القوس منفتح كفاية ليسهل معانقته للاربية او الابط او المابض فاذا كان تقوسه على زاوية قائمة كما اوصت بذلك القابلة لشبيل انزلق بسهولة عظيمة فان كان تقوسه على شكل السين الافرنجية اى قريبا من الياء العربية وعلى زاوية حادة جدا عسر مطابقته لشكل الاجزآء التى يلزم ان يوضع عليها وظن اغلب المولدين الآن انه يمكن ان يضم الكلابان المجوفان ليفت ليكون منهما ملقاط منحنى الطرف يمكنه ان يعانق الاربيتين فى آن واحد لكن الظاهر انه لا يحتاج اصلا لهذا النوع اذ يكفى ساق واحد غالبا بل فى معظم الاحوال تكفى الاصابع وتقوم مقام ذلك بل وانفع ومع ذلك منفعة الكلاب المجوف غير متنازع فيها اذا انفصل الرأس من الجذع باى سبب كان ولم يمكن جذب الجنين الا بايقاع التأثير على الابطين والقاعدة الرئيسة التى يلزم اتباعها فى اوضاع المقعدة والركبتين هى ان يجتهد دائما فى وجدان ثنية اليد او الرجل الملتفتة الى الخلف وانه ينبغى ان يراعى فى جذب الجنين محاور الحوض

ورأس الكلابات الحادة تارة يكون مستديرا كالتى تخفيها زيتونة الجفت وتارة يكون مسطحا مثلثا ككلابات مورسوس واغلب القدماء بحيث تكون جملة الآلة كشاقة الرأس ذى الصفيحة المقوسة وهذا السن الذى هو بسيط فى بعضها ومزدوج فى البعض الآخر قد يتصل بساق مستقيم او معوج او يكون كخطاف سلسلة تختلف فى الطول وهو مع كونه مثبتا فى الساق الذى ينتهى به فى جميع الانواع يمكن ان ينثنى وينفتح فى بعض الكلابات ولهم ايضا

بجفوت ذوات كلابات حادة واخترعوا كلابات جفتية هي في الحقيقة الجفت الصغير لسميلي الذي ملعقتاه مصمتتان ومنتهيتان باطراف مثلثة قاطعة مقوسة ومن الكلابات الحادة جفت ابن سينا المسنن باسنان الدب والكلابات المسننة لرئيف

كيفية العملية * ذكر بعضهم انه ينبغي بعد شق الجمجمة اذا كان فعل الطبيعة ضعيفا وقبل ان يستعمل جفت لوفريت ذو الفروع الثلاثة ان تترك المرأة وطبيعتها لمدة اقلها اربع وعشرون ساعة وعلل ذلك الطبيب بورن بان الجنين اذا تعفن بسرعة فانه يلين وكلما طال الانتظار سهل استخراجه اذا لم يندفع بنفسه * قال المؤلف وانا لا اقول بذلك وفاقا لدوجيس اذ لا وجه لتطويل الطلق الشاق على امرأة مدة اربع وعشرين ساعة او اكثر زيادة عن زمن الطلق السابق مع كون الحوض ضيقا جدا ولا للزوم تجديد هذا الجهاز المفزع وانما اللازم ازالة ذلك عنها

والكلاب الحاد يوضع على جزء صلب من اجزاء الجمجمة كالقمحدوة او النتو الحلمي اذا نزل الرأس اولا وكالفك السفلي او الحجاج او الجبهة اذا نزل بعد الجذع بحيث يجتهد حسب الامكان في ان قطره القمحدوي الذقني لا يفارق محاور الحوض وانه يمسك على حالة انثنائه الطبيعي * ويصح ايضا وضع الكلاب في باطن الجمجمة بان يثبت على صخرة العظم الصدغي او على النتو القاعدي لكن من اللازم حينئذ ان لا ينزلق ولا يكون محل تأثيره عظام قبوة الجمجمة لانه قد ينفذ منها ويتعب اعضاء الام * والكلاب الحاد مثل ثاقب الجمجمة لا ينبغي غوره في اجزاء الجنين بدون ان يكون مهديا ومحفوظا بل ومغطى باصبع الجراح * فاذا ثبت الكلاب سواء من الظاهر او الباطن يسند ساقه بالابهام ويوضع بقية الاصابع على المحال المقابلة لذلك من الرأس مدة كون اليد الاخرى تجذبه من يده جذبا مناسبا فبتلك الكيفية متى تزحزح عن محل مسكه يدرك ذلك حالا ويمكن موافقة اليدين لبعضهما في التأثير موافقة تامة ولا تكون العملية خطرة ولا يخشى من الانفلات المهول الذي يحصل من يد

متعسف متهجم عند جذبه بهذه الآلة جذبا غير مناسب

فاذا انكسر عظم من تلك العظام المسوكة بالآلة تقلع الكلاب لعظم اصلب منه وقد اوصى بعضهم بوضع سن الآلة من امام جانب الحجاج وآخرون من الخلف ليسهل جذب الرأس ونفوذها من المضيق العلوى لكن يعسر ان يوضع ضابط عام لذلك وانما يفعل هذا تارة وذاك اخرى على حسب الاحوال المقتضية له فاذا ارتفع الرأس الى الاعلى بقوة عندما ينقطع جذبه بكلاب مثبت من الخلف كان لا بأس باتباع رأى الطبيب دوجيس فى وضع كلاب ثان من الامام مع استدامة حفظه منخفضا بالكلاب الاول ورفع هذا الكلاب الى الاعلى ويوضع كلاب ثالث مدة كون الآخر حافظا الرأس منخفضا لينزله الى الاسفل حسبما امكنه

وفى قهر قاعدة الجمجمة على النفوذ من المضيق العلوى يوجد بعض عوايق يعسر قهرها لان العظام المكونة لتلك القاعدة لا تنثنى كعظام القبوة والكلاليب لا تنقص ابعاد الرأس اى اقطارها الا يسيرا عكس جفت الولادة ولا تصل فى الغالب لجذبه الا اذا الزمت باتجاه منحرف ولم يكن القطر المقدم الخلفى الاقيراطين او قيراطين وربعا وربما نفعت فى هذه الاحوال الآلة الثاقبة الجمجمة للطبيب دوجيس وهى تشبه ما يسمى بالجاذبة من العمق اى التى يجذب بها القطعة المنشورة من الجمجمة بالثقب الاعتيادى وهذه الآلة قادرة على ثقب العظام والغضاريف وكسر قاعدة الجمجمة لتصير قابلة للانثناء وتقوم هذه الآلة مقام معظم الآلات الشاقة للرأس

فاذا خرج الرأس من المضيق العلوى باى وجه كان اعنى اذا وصلت قاعدة الجمجمة للتقعير تمسك الرأس باليدين وتصير الكلابات غير نافعة ما لم يرد وضعها على الجذع وفرض عدم كفاية وضع الكلابات المعقوفة على الابطين ففى هذه الحالة كالاحوال التى انفصل فيها الرأس بالكلية عن الجذع ليس هنالك الا ثلاث محال فى الجذع يمكن توجيه فعل الكلاب الحاد عليها وهى السلسلة والقص والاضلاع مع ان الاخير اعنى الاضلاع غير اكيد فانه كثيرا

ما يشاهد كسر جميع الاقواس العظمية من جانب الصدر من الخاصرة الى الترقوة عند ما يضطر لفعل قوة فى الجذب فاذن يكون الجزء الذى يلزم ان ينبت عليه رأس الكلاب هو العمود الفقرى خصوصا وتم العمل كما يفعل اذا وضع على الرأس

وهنالك حالة واحدة تستدعى على رأى المؤلف وضع الكلاب الحاد على الجذع اذا جاء الحوض اولا وهى ما اذا انفصلت الرجلان عن الجذع اوفقدتا بسبب تشوه فى الخلقة اولم يكن فيهما لليد جزء صلب يمسكان منه حتى يمكن بالتأثير عليهما جذب الباقى من الجسم فالكلاب فى تلك الاحوال ينبغى وضعه على العانة اوالعرف الحرقفى اوالعجز وهو الاحسن

ثم ان هذه الآلة كانوا يستعملونها فى الاعصر السالفة بطريقة مهلكة للاجنة كما يعلم ذلك من الاطلاع على مشاهداتهم فان منهم من انتزع بها جزأ من المخ فخرج الطفل وصاح ثم فضلها اناس بعد هؤلاء على بعض ماعداها كجاذبة الرأس مثلا واستخرجوا بها الاجنة الاحياء حتى اشاع بعض المعاصرين ان الكلاب اذا استعمل بكيفيته المناسبة كان واسطة جيدة حتى للاجنة الاحياء وبالجملة فقد علم من المشاهدات انه اذا وضع جيدا على الرأس لا يكون مهلكا خلافا لما يظن عموما بل كان واسطة جيدة قبل استكشاف الجفت واما الاخطار التى كانت تحصل منه فانما كانت بسبب عدم اتقان وضعه

(المبحث الثالث)

(فى الهارسة للرأس)

صنع بودلوك الصغير جفتا غايته قهر جميع التعسرات التى تحصل من عظم حجم الرأس وان لا يحتاج الى الثواقب الجمجمة ولا لاغاب الكلابات الحادة وملعقتا هذا الجفت ليستا منقوبتين وتقوسهما قليل فاذا قربا لبعضهما جاز ان ينفذا من مضيق اقصر اقطاره لم يزد عن خمسة عشر خطا وينفذ من يدى هذه الآلة برمة تقربهما لبعضهما بقوة بحيث يسهل ارجاع حجم رأس الجنين الى المقدار المراد بدون حصول خطر للمرأة وهذه الآلة البديعة وان اشتهر الآن نسبتها

ابو دلوك الصغير لان من المؤلفين من لم لها كدلبسش واساليني واوزيندير وغيرهم غيرانها ثقيلة الوزن بحيث تبلغ ثمانية ارطال ولها طول منفر ولذلك قصر الحكيم جوردون احد فرعيها وحني برمتها انحناء ملائما فصير ثقلها ستة ارطال ونرجو ان توجد واسطة لنقص وزنها ايضا عن ذلك بحيث يصير استعمالها سهلا ومخترعها استعملها كثيرا بدون ان يعرض لحياة المرأة خطر وكذا غيره ايضا بقي علينا شيء يلزم ان ننبه عليه وهو هل امكن في شيء من المشاهدات السابقة استخراج الجنين بهذه الآلة بدون كسر رأسه وهل تحقق في جميع النساء اللاتي عملت لهن العملية بتلك الآلة ان الجنين كان ميتا * وبالجملة فهذه الآلة ستصير واسطة ثمينة في علم الولادة بشرط ان لا توضع الا بعد تأكيد ان الجنين ميت ثم انها وان كانت معدة لكسر الرأس الا انه يصح وضعها على حوض الجنين ايضا بقصد ذلك وينبغي ان تكون ايضا في جميع الاحوال التي يستعمل فيها القطع العاني والتي يطلب فيها الولادة المعجلة وتقوم ايضا مقام العملية القيصرية مادامت الاقطار القصيرة للحوض اقل من قيراطين اما فيما هو ادنى من ذلك فيشك في نفعها وفي كون استعمالها اقل خطرا من العملية البطنية الرحمية او عملية التقطيع الحقيقي * وينبغي ان يعترف بان المقاريض القوية اقوى استمساكا بعظام الجمجمة من الجفوت المخترعة الى وقتنا هذا اذا كانت الجمجمة مفتوحة والطبيب ميجس نجح معه في امرأة كان مضيقها العلوي قيراطين ثقب الجمجمة ثم استعمال مقراض منحن من مقاريض الاستخراج

(المبحث الرابع)

(فيما اذا وقف الرأس وحده في الطرق التناسلية)

قد يقف الرأس وحده في الحوض وسبب ذلك في الغالب كون مجاورته للمضيق العلوي رديئة او ان الطبيب المولد لعدم مهارته لم يعرف ان يطلقه حينئذ فيبقى احيانا وحده في الحوض ففي هذه الحالة لا يحسن فصله من الجذع لانه كالسائب الخالص في الرحم التي قد توصله بسرعة لاحسن وضع ممكن فيكفي

بعد ذلك بعض انقباضات لاندفاعه واما اسعافات الصناعة فهى فى الغالب غير نافعة وقد يعرض انفصال الجذع من الرأس لكون الجنين مات قبل ذلك بزمن ما وقرب لان يتعفن فاذا حصل حينئذ ادنى انتظار انخسف المخ وهبط وصارت عظام الجمجمة قابلة للحركة جدا ويمكن ان تتراكب على بعضها او ينتهى حال الرأس بان يخرج بنفسه وان كان الحوض ضيقا جدا فى الابتداء وعلى هذه النتايج والاحوال الرديئة التى حصلت كثيرا من الحركات القبيحة الانجباه التى كانت غاية استعمالها من المولدين تعجيل تخليص المرأة من الحمل اسس الجراحون من الانقليزيين وصيتهم بترك مثل هذه العملية للبنية الطبيعية لكن من حيث ان الطلق استدام مدة طويلة قبل ذلك وانه ربما الزم فى بعض الاحوال انتظار جملة ايام وان التهيج الزائد فى الرحم ربما خيف منه حصول الالتهاب وان المرأة يمكن ان تموت من التعب قبل ان تتم اعمالها يكون من الحزم والعقل استعمال وسائط الصناعة والمبادرة بفعلها كما قال ديونس ومع ذلك هناك احوال ينبغى التمهل فيها فقد تحتاج قوى المرأة لان تقوى ببعض اغذية او قليل من المشروبات المقوية او نحو ذلك ويمكن باستعمال الاستحمامات ومضادات الالتهاب ان يسكن التهاب مبتدأ معها فى الرحم او البريتون ومع ذلك اذا لم يكن المضيقان زائدين فى الضيق جاز ان الرحم تتم العملية وحدها كما شوهد ذلك مرات لكن لا ينبغى الاعتماد على ذلك بل المبادرة بالعمل اولى

فاذا كفت اليد لذلك بان كان الرأس صغير الحجم اولم يحتج الا لوضعه وضعا جيدا حتى ينزل فليمسك من الفك السفلى وبعد ان يوصل القطر القمحدوى الذقنى فى اتجاه المحاور الحوضية يفعل الجراح فى ذلك الرأس جذبات متوافقة حسب الامكان مع حركات الرحم والمرأة فاذا بقى الرأس وحده فى الرحم قال سلسوس فليدفعه رجل قوى نحو الفوهة واضعا يديه على الخثلة والجراح حينئذ يجذبه بالكلاب ثم بعد اليد يكون الاحسن والالطف فى مثل هذه الحالة هو جفت الولادة غير انه قد لا يمكن وضعه اذا كان الرأس فى المضيق العلوى واحيانا لا يمنع

استعماله من الاضطرار لعملية كسر الجمجمة بل وللكلابات الحادة وقد اعرضوا هنا حذرا من الاضطرار لتلك الاشياء استعمال جاذبات الرأس من انواع مختلفة مع انه لاشئ منها يقوم مقام ذلك واخترعوا آلات كثيرة يطول شرحها مع انها غير كافية ايضا وانما نقول بالاختصار كما قلنا نحو ذلك فى مبحث الجفت ينبغى قبل العمل ان ينظر هل الرأس ممسوك بالرحم او بالحوض فاذا كان المانع من خروجه كون الرحم فى حالة خمود كفى لذلك ادخال اليد فاذا كان وقوف الرأس من انقباضات تشنجية فى الرحم ومن تضايق شديد فى العنق فالمناسب الانتظار اذا لم يعرض عارض واستعمال المرخيات والمستحضرات الافيونية قبل ان تستعمل الوسائط الميخانيكية واما اذا كان هنالك ضيق فى الحوض فالجفوت والكلابات هى التى تستعمل

(الباب الرابع)

(فى الظاهرات الطبيعية التى تحصل عقب خروج الجنين)

(القسم الاول)

(فى تخليص المشيمة) (الزمن الرابع من الطلق)

المشيمة والاغشية التى تبقى بعد الولادة تسمى بالخلاص بل وبالمشيمة ايضا واندفاعها اى خروجها او استخراجها يسمى بالتخليص وهذا التخليص كالولادة وظيفة طبيعية يمكن مثلها ان تكون بسيطة او مضاعفة او يقال اما طبيعية او مخالفة للطبيعة او يقال اما اختيارية اى تحصل من ذاتها او صناعية

(الفصل الاول)

(فى التخليص الطبيعى)

جميع ظاهرات التخليص البسيط تنسب اولا لانفصال المشيمة وثانيا لاندفاعها الى خارج اعضاء التناسل

المبحث الاول

(المبحث الاول)

(فى كيفية حصول التخليص)

الزمن الاول * البذرة انما تنفصل فى سير الطلق وخصوصا فى آخره اذا سالت المياه ولما كان الخلاص جسم عديم الحركة من نفسه لزم ان يزول التصاقه بالرحم مدة الحركات المتعاقبة من انقباض الرحم وانبساطه اذا لم تكن الولادة سريعة بحيث لم تستدع حركات عنيفة من جانب البنية ولم يكن هنالك التصاق مخالف للطبيعة

فسبب هذا الانفصال هو انقباضات الرحم كالاعضلاتها الخلفية فقط التى ظن رويش انه كشفها افتارة يحصل بحيث يجىء الوجه الجنينى من البذرة اولا للفرج ويتراكم الدم سائلا او متجمدا خلف الوجه الاسفنجى للمشيمة فاذا حصل هذا الانفصال تدريجا من المركز الى الدائرة او ابتدأ بجزء من دائرة المشيمة وحصلت من غلافاتها زيادة مقاومة صار سطحها الاملس اى الباطن ظاهرا اى وحشيا ولا يخرج الدم الذى صار كانه محبوس فى الخارج عن توابعها الابعد خروج الخلاص الذى قد يزيد حجمه به احيانا زيادة غريبة * وتارة اذا انفصلت المشيمة التفت على شكل اسطوانة وحينئذ فتأتى بوجهها الرحمى او حافتها للممرات المختلفة ويسيل الدم لكونه خالصا الى الخارج كلما انصب فى تجويف الرحم وينقطع غالبا بعد خروج الخلاص

الزمن الثانى * متى انفصلت المشيمة نقلت على العنق فتدخل فى الفوهة فتتبعها والرحم التى تعطلت حركاتها بوجودها فيها تضيق شيأ فشيأ وتنقبض وتقهرها على النزول فى المهبل وحينئذ لم يلبث الحال قليلا حتى يتولد حس تعب وتعنى وزحير يحرض ايضا انقباضات الرحم وينبه فعل العضلات فالحجاب الحاجز وعضلات البطن تؤثر على الاحشاء البطنية كما تؤثر فى دفع الجنين فتمر المشيمة من المضيق السفلى * وبعض المؤلفين ومنهم ديزرموس قسم دور الاندفاع المذكور الى زمنين ونقول نعم قد يحتاج الخلاص الى اتساع العنق اتساعا عظيما بحيث يتكون من ذلك زمن مخصوص وبعد ذلك يمكن

ان يبقى الخلاص زمنا طويلا فى الهبل بحيث يتكون ايضا من خروجه الحقيق دور آخر متميز عن الاول لكن لما لم يحصل دائما تباعد بين هذين الزمنين عن بعضهما يكون الاولى عدهما زمنا واحدا بدون خطر فى ذلك

فاذا دام الطلق زمنا طويلا وكانت المرأة قوية واستعملت وسائط الصناعة لاجل اخراج الجنين وكانت الرحم فيها شدة عظيمة سقطت المشيمة فى الهبل وجاءت للفرج بعد الولادة حالا اما فى عكس ذلك فقد ينتظر التخليص بعد الولادة نصف ساعة او جملة ساعات بل بعض ايام ويسهل توضيح هذا الاختلاف وذلك لان البذرة فى الحالة الاولى انفصلت من زمن طويل ونزلت كلها مع الجنين وكلما حصل فى الرحم خلو رجعت على نفسها بقوة فتتخلص فى آن واحد من الجنين والخلاص واما فى الحالة الثانية فان سرعة الولادة ينتج منها ان الرحم لم يكن عندها زمن لازالة التصاق البذرة اولان تضيق تضايقا كافيا فاذا صغر تجويفها بحيث صار الخلاص ما لئا لها بالكلية جاز ان تمسكه الاغشية اعلى عن الفوهة فاذا انفذ الجنين من العنق وانفصلت المشيمة واندفعت بالرحم لم يكن هنالك مايمنع النزول اما اذا انسدت الفوهة قبل ان يرجع جسم الرحم للقدر المناسب بقى الخلاص كانه محبوس فى تجويف الرحم ويمكن ان لا يخرج الا بعد زمن طويل مع ان جميع التصاقاته زالت من اول الامر

(المبحث الثانى)

(فى الاحتراسات التى يستدعيها التخليص البسيط)

العادة ان البنية تكفى لدفع الاغشية اذا نزلت فى التقعير الا ان هنالك احوالا يشاهد فيها بقاء تلك الاغشية زمنا ما اذا لم يستعن على خروجها بالصناعة ولاجل هذا البطئ واختصار تعب المرأة وقلقها قال بعضهم لا يترك التخليص الطبيعى اى البسيط كله لاعمال البنية بل يعالج اخراج الخلاص بعد الولادة حالا لانه اذا لم يفعل ذلك ضاق العنق فيبقى الخلاص محبوسا ويحصل من ذلك عوارض ثقيلة وقال آخرون ينبغى الانتظار حتى ادعى رويش ان له فى الممارسة

خمسين

خمسين سنة ولم يتفق له مرة انه ادخل يده فى الرحم لتخليص المشيمة وذكر هماتون ان التخليص باليد غير نافع وانه خطر جدا ولا يستعمل الا لضرورة لازمة وبالجملة فهذان الرأيان موجودان فى كل زمن ولكل منهما من يقويه ومن يعارضه وبقراط وسلسوس على الاول حتى قال بوردون ان هذا العمل كما ينفع لاخراج المشيمة ينفع ايضا لتسكين الآلام وبه تخرج قطع الدم من الجيوب الرحمية ومنهم من قال يجذب الحبل لاخراج المشيمة وقال دانمان لابد من مضى ساعة قبل الجذب ومنهم من منع جذبه واستحسن ادخال اليد واما لوفريت وسميلى وبودلوك فاوصوا بان لا يعمل شئ حتى ينفصل الخلاص بنفسه ويجئ للفوهة الرحمية وزعم كوستنير ومورسوس انه يلزم خروج المشيمة قبل ان يقطع الحبل وانه تبع هذا العمل فى ١٨٠٠ مرة بدون حصول عوارض واما الطريقة المخالفة لذلك ففقد فيها تسع وستون امرأة من اربعماية وتسع وعشرين

قال المؤلف ونحن نقول ان كلا من الرأيين لا ينبغى ان يؤخذ على اطلاقه فان رأى القدماء ربما كان فى بعض الاحيان خطرا ولابد لكن اظن ان فى زمننا هذا خالفوا ذلك بالكلية مع انهم باجتهادهم فى القرب للحقيقة بعدوا عن النهاية التى يلزم الطبيب مراعاتها على انه اذا اجازت الاستعانة باليد بعد فصل المشيمة فلاى شئ خالفوا ذلك فى التخليص فى اكثر الاحوال مع ان الانفصال يحصل فى معظم الاحوال قبل خروج الجنين ولا ادرى كيف ترجع الرحم الى الربع او الخمس من حجمها بدون ان تزول الخيوط الدقيقة التى تضمها بالبذرة واما معظم المشاهدات التى تدل على بقاء التصاق المشيمة بعد الولادة فليست واضحة الاستنتاج بل الظاهر لى انها غير صحيحة التوضيح نعم نعرف انه شوهد انقلاب الرحم بسبب جذبات فى الحبل فعلت قبل اوانها غير ان هذا العارض اولا نادر وثانيا انه لا يدل على قوة الانضمام فاذا فعلت هذه الجذبات عند ما تكون الرحم مسترخية لا منقبضة سواء كانت ملتصقة او غير ملتصقة بالخلاص كانت حاملة للمرأة على ان يحصل منها دفع فيكون الانقلاب الرحمى

ظاهرة طبيعية لذلك نعم كثيرا ما جذب الحبيل حتى قارب القطع وحصل للمرأة من ذلك اوجاع وانجذابات مؤلمة بدون ان تنزل المشيمة لكن نحن بدون ان نوافقهم على مازعموه سابقا ولهجوا به من وجود اعراف رحمية نقول هل الرحم لا تضيق وتنقبض على الخلاص الا بكيفية منتظمة بحيث تطابق التحدبات التي توجد فيه فتصير الجذب عسرا او لا تكون كذلك فلا يصير الجذب عسرا وكثير من اطباء فرانسا اختار الثاني اى وجود الانقباضات الغير المستوية التي حقق المؤلف مشاهدتها مرات كثيرة على انه يقال هل تحقق ان الجذبات التي فعلت حينئذ كانت حسب الامكان في احسن اتجاه وفي درجة مناسبة اليس غلط المولدين في الغالب منسوبا بالالتصاق المشيمة بالرحم * قال المؤلف وكثيرا ما ترك التلامذة عندي جذب الحبيل لما تحقق في ذهنهم ان المشيمة لم تزل ملتصقة بالرحم فسكت الحبيل وجذبته جذبات قليلة بانتظام احسن من جذباتهم فخرجت المشيمة بذلك حالا واتفق في امرأة اخرى بمارستان المدرسة انه انقطع حبيلها من شدة الجذبات فذهبت بيدى للرحم فرأيت ان لا التصاق هنالك اصلا وفي امرأة اخرى عمل طبيبها غاية اجتهاده ووسائطه في تخليص المشيمة مدة ست ساعات فلم يفده ذلك شيئا فنادانى جازما بان الامر محتاج لتوجيه اليد للرحم لاجل ازالة الالتصاق واعاد اعماله ووسائطه تجاه عيني فلم يتيسر له التخليص فادركت ان تلك الاعمال غير نافعة ومسكت الحبيل فانجذبت المشيمة معي بدون احتياج لاعمال شاقة وعندنا من تلك الاحوال التي يظن فيها الالتصاق امثال كثيرة ذهبت بيدى فيها الى الرحم فلم اجد التصاقا وبالجملة فالالتصاق يعسر ان يقبله العقل بل يشك في وجوده ولو على سبيل الندرة جدا وكيف يدرك بعد ذلك انقيادهذا الالتصاق للانقباضات الضعيفة التي تظهر بعد خروج الولد مع مقاومته للحركات العنيفة التي حدثت في نهاية الطلق فاظن انه اذا لم يكن من الحزم تخليص المشيمة عقب الولادة حالا وقبل ان ينقطع الحبل كما امر بذلك بعضهم وقال يذهب باليد ليفصل المشيمة لان يجذب الحبيل يلزم ان يفتش على

سبب التعوق فى شئ آخر سوى التصاق المشيمة وان تلك الانقباضات التى تحصل اذ ذاك غايتها ونتيجتها دفع هذا الجسم تدريجيا نحو العنق او المهبل لاقطع وسائط التصاقه بالرحم وانه لا حاجة لان يحصل للمرأة مغص او جذب فى القطن حتى يخلصها الطبيب من الخلاص وان هنالك اخطارا تحصل من عدم العمل اذا حان وقته

قال المؤلف وبعد ان دخلت هذه القواعد الكلية فى ذهنى سمعت انه عرض مغص رحمى عند ممارسة جذب الحبيل فتوقفت عن فعله واتفق انى فى مدة ستة اشهر انتظرت مرة عشر ساعات ومرة ثانية اربعا وعشرين ساعة وثالثة ستا وثلاثين ورابعة ثمانيا واربعين حتى تم التخليص بل لم يتم فى المرة الاخيرة الا بعد ان قبضت على الخلاص بيدى ثم رجعت عن ذلك ولم انتظر زيادة عن ساعة واكتفيت لذلك برجوع الرحم على نفسها وتصلبها وعدم استشعار المرأة بالم او جذب وصرت ملازما ذلك الى الآن مع غاية النجاح ويقرب من ذلك ايضا ما تمسك به ويسنبرون حيث قال انه لم يعرض عارض فى ثمانمائة ولادة شاهدتها ببيت الرحمة بمدينة برلان ولم اساعد خروج المشيمة اصلا الا فى امور الاول اذا انفصلت بالكلية الثانى اذا لم ينفصل منها الاجزء ولكن كان هنالك نزيف كثير الثالث اذا كانت مندغمة على العنق انتهى وهذه الشروط مرعية ايضا بفرانسا وايطاليا ومستعملة الى الآن ببلادنا بمصر كما كدلى القوابل ذلك

(المبحث الثالث)

(فى كيفية عملية التخليص)

بعد مراعاة الاحتراسات الاول اللازمة للطفل بعد ولادته يرجع للام فاذا عرف من وضع اليد على البطن ان الرحم لم تزل تتقبض مع بعض قوة ينبغى ان يساعد على التخليص فاذا لم تتكون الكرة الرحمية لزم الانتظار او تستعمل الوسائط التى ذكروها لخود الرحم واما الاحوال الاخر فتنسب للتخليص المضاعف الذى سنتكلم عليه * فيمسك الحبيل باليد اليمنى بان يلف على اصل الاصبع الوسطى والبنصر ليجعل بين الابهام والسبابة او يؤخذ باليد كلها

بعد ان يلف بخرقة ويكون محل المسك قريبا دائما للفرج ما امكن ثم يزلق اصبعان او ثلاث من اليد اليسرى فى المهبل ويمر بهما تحت ارتفاق العانة الى فتحة الرحم او الى اصل الساق السرى ولما لزم ان يكون من الاصابع ميزاب او شبه بكرة استحسن المؤلف استعمال ثلاثة اصابع لا اصبعين ففى الحالة الاولى من حيث ان الوسطى يتكون منها عمق القناة المتكونة من ذلك فالذى يحصل هو ان السبابة والبنصر تمنعان انزلاق الحبيل الى اليمين او اليسار فاذا لم يكن هناك الا اصبعان فصلهما الحبيل فى الغالب عن بعضهما فاذن يكون الانفع وضعهما بالعرض فى اعلى الفرج كما فعل ذلك بعضهم والواسطة لحيازة جميع منفعة الاصابع هى ان تدخل اطرافها حتى تصل الى الوجه الجنينى للمشيمة بعدة وذهابا من الفوهة الرحمية فتخدم كرافعة من النوع الاول واظهرها تستند على رأس القوس العانى وفى مدة كون اليد الاخرى تجذبه فى اتجاه محور المضيق السفلى تستند تلك الاصابع على اصل الحبيل ثم يفعل فى تلك الاصابع شبه حركة ارجوحية تحدث فيها ارتفاع قبضتها ارتفاعا تدريجيا فبواسطة ذلك تجذب تلك الاصابع المشيمة من اعلى الى اسفل ومن الامام الى الخلف نحو طرف العجز فى اتجاه المحور العلوى

وهذا الزمن من العملية هو الطفها واهمها واعسرها فعلا واحيانا تكون الرحم منفنية الى الامام بحيث اذا لم تدفع الاصابع الحبيل الى الخلف باستقامة تبقى المشيمة ساكنة واحيانا اخر يلزم توجيه الاصابع قليلا الى اليسار او اليمين لكون العنق زائغا الى الجانب كثيرا او قليلا ومع ذلك فقد يوجد فى محور الرحم اختلافات كثيرة يلزم مراعاتها وتعرف من الممارسة وهذا هو السبب فى كون التخليص قد يكون غير ممكن فى رأى شخص من المولدين ومن اسهل ما يكون فى رأى شخص آخر وان هذه العملية تكون فى الظاهر سهلة وقليلة الاهتمام مع انها عند الفعل تستحق اعظم اهتمام فاذا لم تكن الاصابع موضوعا ميزابها وضعا مناسبا اولم تكن جيدة الوضع اولم تفعل فعلها بانتظام لم تنزل المشيمة بل تبقى واقفة ممسوكة بالحافة العليا للعانة او بالوجه

الذى للآن غاتى ثم تذهب جميع شدة الفعل لاصل الحبل فتقطعه او لجزء
من القوة الرحمية يتحول حينئذ الى بكرة ومن ذلك تنشأ الانجذابات
والآلام التى يظن معها حصول التصاقات مخالفة للطبيعة واما ما جزم به
بعضهم من ان اصابع اليد اذا وضعت بالعرض على الحبل امام الفرج يتكون
منها هيئة بكرة كافية لان تجعل هذا الساق السرى مجاورا لحافة الحوض
مدة الجذب باليد الاخرى فغلط

وعلى كل حال متى وصلت المشيمة الى المهبل لزم ان تحفظ اصابع اليد اليسرى
فى المحل الذى كانت شاغلة له اولا وانما ذلك لاجل ان يعان خروج التوابع
التى يمكن انها لم تخرج من العنق ولاجل ان يتكون منها شبه سطح مائل ينزلق
على وجهه السفلى جميع الخلاص مدة كون اليد اليمنى باقية على جذبها الحبل
فى اتجاه محور المضيق العجانى فبهذه الكيفية يمكن رفع اليد الماسكة للحبل
رفعا زائدا بدون ان يخاف من تعبها من طرف القوس العانى وحذرا من
تعويقها بالوجه السفلى للعجان وذلك خطر كثير الوقوع اذا حصل الجذب
فى اتجاه المحور الحقيقى للمضيق لا فى اتجاه محور الفرج

ومتى وصل الخلاص الى الفرج توضع اليد اليسرى من الاسفل بالعرض
منبطحة لتسنده واما اليد اليمنى الملتفتة بانكباب فتمسكه باطراف الاصابع
الخمس وتلفه اربع مرات او خمسا مع جذبها له بلطف وبطئ اما بدون هذه
الحركات الاستدارية فان الاغشية يمكن ان تنفصل عن المشيمة وتبقى فى اعضاء
المرأة واما اذا لفت هكذا فانها تجتمع وتلتف كحبل يسهل اخراجه * وفى مدة
فعل هذه الحركات يندر ان لا تنقبض الرحم بقوة وكانها بذلك تعين الطبيب
المولد والغالب ان المرأة نفسها تفعل بعض حركات عنيفة عندما ينزل الخلاص
فى المهبل وهذه الحركات تكفى فى الحقيقة لانتهاء التخليص اذا حصلت لكن
فى الواقع ليست ضرورية بل ربما كانت موذية واما اعانتها على اندفاع المشيمة
فليس ذلك من شأنها والا فقد يحصل منها سقوط الرحم او انقلابها ولذلك يطلب
من المرأة تلطيفها ومن غير النافع بل المضر ايضا فى بعض الاحيان ان يعطى

لها معطس كما اوصى به بعض العرب وغيرهم اوان تؤمر بالنفخ فى زجاجة اوفى يديها الاجل تعجيل التخليص وانما يحصل من هذه الوسائط اهتزازات للمرأة ستتكلم عليها قريبا

والجذبات اللازمة فى هذه العملية لا يحتاج ان يوصل بها الى حد بحيث يخشى قطع الحبيل منها فاذا استعصت المشيمة عليها لزم ان يبحث عن سبب ذلك فى اتجاه الفوهة اوضيقها فينتظر اويجذب فى جهة اخرى وبالجملة فقد تحقق ان القوة ليست لازمة لقهر مثل هذا المانع

وقد اوصوا بالبحث فى الخلاص اذا خرج ليتأكد انه لم يبق شىء منه فى اعضاء تناسل المرأة وهذه الوصية لا بأس باتباعها اذا حصل فى التخليص بعض تعوق اوبعض اشياء خصوصية اما فى غير ذلك من الاحوال فهو عبث بل لو اختير بقاء بعض اجزاء من المشيمة اواهداب من الاغشية لم يؤذن بالتفتيش باليد الا اذا كان ذلك كتلا وبزوس اوصى اولا بان توجه اليد فى الرحم لادنى عايق لتعتاد النساء على التخليص بدون خطر ثم لام على مورسوس فى قوله يلزم التخليص عقب خروج الجنين حالا خوفا من انسداد الرحم ومثل ذلك قليات الاان علة ذلك عنده هو اظهار الجنين للحاضرين وان لا تترك المرأة قبل تخليصها ولذلك قال هذا المؤلف اذا بقى بعض قطع من الخلاص فانها تخرج بنفسها واذا عرضت عوارض كانت منسوبة للالتهاب لا لاجزاء المشيمة الباقية فى الرحم

(الفصل الثانى)
(فى التخليص المضاعف)

خمود الرحم والنزيف والتشنجات والاغماء وتمزق الحبيل والالتصاقات المخالفة للعادة وتكيس المشيمة وافراط حجمها والتضايق التشنجى للرحم هذه هى العوارض التى تصاحب التخليص احيانا وتستدعى ان يعجل انتهاؤه اويتمم وبالاختصار فالتخليص المضاعف كالولادة العسرة ونسبته للتخليص البسيط تختلف على حسب رأى المولدين فقيل كنسبة واحد

لخمسين وقال مارمان كواحد لسبع وسبعين فى ممارسة ولادة الفقراء ولثلاثمائة فى ممارسة الخاصة اى فى الاغنياء .

(المبحث الاول)

(فى خمود الرحم)

يشاهد خصوصا خمود الرحم بعد الولادة فى النساء الضعاف اوالنحاف بسبب نزيف اوتعب طويل من الطلق ويشاهد ايضا بعد الولادات السريعة وفى هذه الاحوال يستدعى احترا سات مخصوصة ويعالج تارة باستعمال قليل من نبيذ اوبعض اغذية خفيفة مقوية وتارة بالهدو والراحة لكن من النافع دائما تنبيه الرحم بتهريخ الخثلة وضغطها باطراف الاصابع وبالكبس ايضا ببعض قوة على التعاقب من اعلى الى اسفل ومن جانب الى آخر ومن الامام الى الخلف لتتأثر الرحم من ذلك وترجع على نفسها واوصى بعضهم بتغمشة عنقها وآخرون بجذب شعر العانة

وجذب الحبيل قبل ذهاب الخمود يعرض لانقلاب الرحم بسبب ضغط الاحشاء البطنية باستقامة على هذا الجيب الرخو الغير المنقبض وهو الرحم ولعل حصول الانقلاب من ذلك اكثر من حصوله من الالتصاقات المشيمية الباقية وماعدا ذلك ربما حصل من انتقال هذه الجذبات الى السطح الباطن للرحم توارد دم فيتولد من ذلك نزيف فاذن ينبغى تركها مالم يعرض عارض اثقل يلزم بفعلها اوبوجه آخر فخمود الرحم يلزم ان يعد من المضاعفات التى تؤخر تخليص المشيمة واحسن العلاج الذى يبادر به اذا طال ولو قليلا واستعصى على الوسائط التى ذكرناها هو ادخال اليد فى الرحم ويكون بالكيفية التى ذكرناها فى فصل النزيف او التصاق المشيمة ولا ينبغى ان يفضل على ذلك الحقن بالشب اوالماء الخلل والثلج المقرن وان استعمل ذلك بعض المولد بن بنجاح

(المبحث الثانى)

(فى زيادة حجم الخلاص)

عظم حجم الخلاص قد يكون فى بعض الاحيان هو السبب الذى يؤخر اندفاعه

لكن الغالب كون هذه الزيادة ظاهرية لا حقيقية فتنشأ من دم متراكم خلف الاغشية وقد شاهد المؤلف من ذلك مثالين ففي احدهما كانت المشيمة على هيئة ورم مستدير كبير الحجم في اسفل المهبل بحيث ظنته القابلة اولا رأس جنين ثان وفي ثانيهما كان جزء من ذلك الخلاص معلقا خارج الفرج على شكل كتلة كبيرة كالحة فزع منها الطبيب المولد وظنها انقلابا للرحم والظاهر ان هذا ليس نادر الحصول فقد شاهد نحو ذلك كثير من المولدين وانزد على ذلك ان المشيمة قد يكون حجمها خارجا عن القياس بحيث شاهد المؤلف ما بلغ وزنها رطلين وكان سمكها في جملة محال منها قيراطين ومنهم من شاهد وزنها رطلين ونصفا مع ان الطفل كان تام الاشهر وكان وزنه اربعة ارطال الا ربعا وذكر استين انه وجد مشيمة وزنها ستة ارطال فاذا كانت المشيمة كبيرة الحجم يقينا كفى في الغالب لفصلها جذبات لطيفة منتظمة فان لم تكن كذلك لزم الانتظار وتنمى الانقباضات الطبيعية للرحم بان تصير لستخراجها سهلا وفي الحالة الثانية التي هي الاغلب اذا عجزت انقباضات الرحم والحركات التي تعمل بلطف في الساق السرى عن اخراجها صح ان تمزق الاغشية وتثقب المشيمة نفسها بالاصابع ليفتح طريق للسائلات الموجودة في باطنها على انه قد يظن وجود هذه الحالة اذا شوهد ان حجم الرحم اكبر من العادة فوق العانة وان لم تفقد مثانتها وشدتها فاذا كان الخلاص في المهبل من قبل كان التشخيص واستعمال الوسائط المناسبة يكونان في غاية السهولة فلا حاجة لاطالة الكلام في ذلك هنا وبالجملة فافراط الحجم في توابع الجنين يندران يكون عارضا يمنع التخلص ما لم يتوافق مع غيره من المضاعفات

(المبحث الثالث)

(في تضايق العنق)

نقول في ذلك التضايق التشنجي للفوهة ما قلناه في زيادة حجم الخلاص عن العادة وهو عارض قليل الحصول فمن المعلوم ان الفوهة التي يمر منها الجنين قد تنقبض انقباضا تشنجيا بحيث تمنع خروج الخلاص لكن ينبغي لاجل

ان تقول بهذا المانع ان توجد فى ذلك مشاهدات صحيحة وهذا لم يوجد الى الآن وزيادة على ذلك انه لا يوجد فى طبيعة الانقباضات التشنجية ما يدوم زمنا طويلا فاذا وجد كفى ان يؤمر ببعض مسكنات اوشئ من مضادات التشنج على حسب الاحوال ونقول من الواضح ان الصفة التى وصفوا بها هذه الانقباضات التشنجية هى الضيق الطبيعى للعنق الحقيقى غيران فيه بعض قوة فبالنظر لذلك تكون هذه حالة مخصوصة تستدعى الانتباه فان الولادة اذا انتهت كان رجوع العنق فى الغالب على نفسه اسرع من رجوع الجسم فنى هذه الحالة اذا اجتهد فى تخليص المرأة قبل ان يقهر قعر الرحم مقاومة الفتحة لم تمر المشيمة من هذه الفتحة الا بعسر ورد بما طن حينئذ وجود انقباض تشنجى على ان انقباض الجزء العلوى من عنق الرحم يمكن ان يغش فيه لانه كثير الحصول كما ان انقباض الفوهة السفلى نادر بل ربما يقال ايضا ان تأخر التخليص ناشئ غالبا من هذا السبب كما انه هو السبب ايضا لكثير من تكيسات المشيمة فالتضايق حينئذ يمكن ان يصعد اعلى عن الفتحة المهبلية بقيراطين اوثلاثة اواربعة كما شاهدت ذلك القابلة بوافين فى المونى فيكون ذلك مانعا قويا ولقد خفى هذا على مليوط حيث قال ان العنق عديم الفعل فى مدة الطلق ولا ينقبض الا بعد الولادة

والوسائط التى تستدعيها هذه الحالة هى فصد الذراع اذا كانت المرأة قوية ومعها اعراض تهيج والحقن المرخية اوالمخدرة الخفيفة ومرهم البلادونا بل والاستحمام العام اذا كانت عصبية وفيها قوة قليلة اوكان معها حساسية شديدة فى اعضاء التناسل اوكانت مهددة بتشنجات اونزيف وباستعمال عرق المسهل المسمى بسيانس وبعض مروخات لطيفة على الخثلة اذا لم تعرض عوارض ويضاف لذلك استعمال ما فيه الافيون من الباطن * ثم فى بعض الاحوال المكربة الثقيلة يسمح بتوجيه اليد للعنق ليوسع بها مع كون اليد الاخرى تجذب الحبل جذبات لطيفة والطبيب بردوف لم يرقهر الدائرة الضيقة قهرا ممكنا الا فى حالة النزيف فقط

قال الطبيب ويت واحتباس المشيمة الذى يعين على حصوله الجذبات المفعولة على المنكبين اذا خرج الرأس يمكن ان ينسب لاسباب اخر غير تضايق العنق فقد ذكر بعضهم حالة لم تكن المشيمة فيها واقفة الا لكون طرف الاغشية مثبتا فى قعر الرحم الغير المنقبضة * قال المؤلف وقد شاهدت شبه ذلك فى امرأة تحت يد قابلة ماهرة فكان جزء عظيم من مشيمتها خارجا من الفرج وكانت ممسوكة من فوق العنق بجزء من الاغشية الجنينية المفتولة على هيئة حبل ففعلت جذبات خفيفة فخرجت كلها بدون ان يقطع الحبيل وكان سبب هذا العارض قطعة متجمدة من دم فى حجم بيضة وقفت فى طرف حزمه مبرومة غشائية ثم بعد ذلك عثرت على مشاهدتين من هذا القبيل

وقد امر بعضهم باستعمال مطبوخ السنامكى حقنا لتعجيل التخليص المتأخر * قال المؤلف لكن هذا لا ينفع الا اذا ظهر ان الرحم انما ينقبض ببطئ والاحسن عندى حمام القدمين والتمريخ على الفخذين كما مدح ذلك بعضهم

(المبحث الرابع)
(فى المشيمة المتكيسة)

كيفية حصول ذلك * اختلف المؤلفون فى كيفية حصوله فذكر بروس انها تكون محوية فى شق او كوة او جيب فى جانب الرحم او شبه كيس فتق وقال لوفريت انه ينشأ من كون الجزء الرحمى المحاذى للمشيمة يبقى فى حالة خمود بخلاف بقية الاجزاء فانها انقبضت بقوة بعد الولادة ونسبه بعضهم لميل الرحم لان يرجع لشكله الاول وبسبب هذا الميل حصل فى الفوهة الباطنة حالا اختناق حقيقى احتبس الخلاص من اعلاه فى تجويف الرحم فصار كانه فى مسكن مخصوص واما تجويف العنق فيبقى خالصا تحته ونوع بعضهم رأى لوفريت فقال يلزم ان تكون اجزاء الرحم المباشرة للجنين متهيجة جدا اكثر من الاجزاء التى لا تلامسه الا بواسطة المشيمة مدة الحركات العنيفة للطلق فيحصل من ذلك ان الاجزاء الاول ترجع على نفسها باسرع من رجوع الاجزاء الاخر فيتكون بسبب ذلك جيب للخلاص منفصل عن غيره وقال بوه

انه

انه ناشئ من تكون مخصوص فى الرحم اذ قد شوهدت ارحام مزدوجة التجويف يوجد الجيب فيها غالبا شاغلا للجانب الايمن ويحتوى على الخلاص عندما يكون الجنين شاغلا للرحم وقيل انه منسوب لتمزق خيوط عصبية يحصل منها نوادر رطوبات فيحصل من ذلك انقباضات تشنجية فى بعض اجزاء من العضو وقيل انه ناشئ من تشنج الرحم من اعلى العنق ونسب بعضهم هذا التشنج للاعمال الرديئة من المولد ولاسيما جذبات الحبيل جذبا رديئا وجميع هذه البيانات قد لا توجد فى بعض الاحوال

قال المؤلف ونحن نقول ان التكيس نتيجة ضيق غير متساو فى الرحم بعد خروج الجنين لكن اظن انه لا يوجد لهذا الضيق توضيح عام قانع فى الاقوال السالفة ويحصل هذا الانقباض تحت الدائرة المشيمية حالا او على اصل الحبيل وقد يكون على بعض اجزاء من المشيمة قليلة القوام او رقيقة ملتفة على هيئة اسطوانة بحيث تكون الرحم كانها منقسمة الى كهوف كثيرة يحتوى كل منها على جزء من الخلاص وجميع الامور الواقعية تشهد بصحة ذلك فان فى حالة ذكرها بورتون انقطع الحبيل فوجد كانه مختنق من اصله فى فتحة لا يمكن ادخال الاصبع منها وذكر دنيس الذى وضح هذا العارض بالانقباضات الرحمية الغير المتساوية انه وجد ثقبا لا تمر منه الا السبابة ومنه وصل لتجويف فيه المشيمة فعلم من ذلك ان الرحم كثيرا ما تكون مختنقة على هيئة قرعة من اعلى عنقها كما شاهد ذلك كثيرون ومنهم المؤلف

واحوال التضايق المضاعف لا يعسر فهمها وليست نادرة الحصول * قال المؤلف قد دعيت لامرأة فرأيت ان الفوهة الباطنة للعنق لم يحصل منها الا يسير مقاومة ووجدت فوق ذلك بقليل ضيقا زائدا فلما نفذت منه وصلت لتجويف على يسار الرحم يحتوى على اعظم جزء من المشيمة فالتزمت ايضا ان انفذ منه فوجدت تضايقا يوصل منه لقعر الرحم وجانبه الايمن حيث كان هنالك الجزء الباقى من الخلاص واتفق ايضا انى وجدت الرحم فى امرأة ماتت بمارستان المدرسة على هيئة قالب منطبق على المشيمة وكان تجويفها

منقسما الى خمسة تجاويف قليلة العمق ناشئة كما هو واضح من النتوات المتكونة بواسطة التجاويف المشيمية القابلة لها فلو كان الخلاص صلبا منتظما كالرأس لكانت الرحم بانقباضها حافظة بالضرورة لشكل قنينة والحال ليس كذلك فالتجاويف بانفصالها قد تعزل ويحصل من المشيمة عند ذلك مقاومة فى بعض المحال اكثر من غيرها ثم لم تلبث الرحم قليلا فى مثل تلك الحالة حتى تنقسم الى جملة مساكن منتظمة متميزة عن بعضها كما يشاهد موافقتها الشكل الرأس والمنكبين والصدر والحوض وبقية الاجزاء البارزة او الضيقة من الجنين بعد خروج السائل الامنيوسى اذ لا يخفى على احد مشاهدة الرحم من جدران البطن متحدبة غير مستوية او مستطيلة لا كروية او مستديرة فقط وقد اتفق فى امرأة شاهدتها بصحبة الطبيب جلموت وكان لم يمكن فيها الاهتداء على الحبل لكونه انفصل من اصله وجذب معه الامنيوس كله وكان تجويف العنق مرتخيا ووجدت من فوقه دائرة فيها ضيق لطيف ثم وصلت الى جزء من المشيمة فى كيس ظننته اولا تجويف الرحم ولما وضعت اليد اليسرى على الخثلة استشعرت كأن الرحم منقسمة الى ورمين امتد احدهما فى الخاصرة اليمنى وانتهى بى الحال حتى دخلت فى دائرة ثانية متجهة الى اليمين ثم فى كهف يحتوى على الجزء الاصلى للمشيمة ففصلته بسهولة واستخرجته

فالكيس قد يكون مكونا من قعر الرحم فتكون الرحم حينئذ قريبة لشكل قرعة ذات عنق وقد يوجد على الجانب اومن الامام او من الخلف او فى محال اعلى عن ذلك بكثير او بقليل كما شوهد جميع ذلك قبل وقد شوهد ايضا كونه موضوعا فى دائرة من قعر الرحم وكذا شوهد التكيس فى البوق لكن الظاهر ان التكيس فى هاتين الحالتين كان نحو زاوية الرحم حيث كانت المشيمة مندغمة فيها من قبل ثم ان جميع الاجزاء الرحمية البعيدة عن الكيس قد تكون فى حالة استرخاء تام حتى ظن بعض المولدين فى بعض الاحوال ان نصف الرحم المسترخى هو المشيمة فاخذ فى فصله وتخليصه

هذا والمشيمة قد تكون محوية كلها او بعضها فى جيب عارضى وقد تختنق بدائرة

الكيس بحيث يكون جزء منها سائبا خالصا فى العنق واما الجزء الآخر فيبقى مسجونا من اعلاه فى جيب او جيوب من الجسم والقعر فبموجب ذلك يمكن ان نختار ما قاله جلموت من ان التكيس اما تام اذا كانت المشيمة محوية كلها فى جيب واحد رحمى وغير تام اذا كانت محاطة فقط بدآئر ولنزد على ذلك قسما ثالثا وهو كون التكيس متضاعفا

العلامات والعلاج * يكفى لتصور علامات هذا العارض ما قلناه فى كيفية التكيس والانتباهات التى يستدعيها تختلف على حسب كونه يوجد معه غيره من المضاعفات اولا يوجد ففى الحالة الاخيرة يزول هذا العارض بالانقباضات الرحمية المتروكة لنفسها وانما نحرض تلك الانقباضات بالتمريخ على الخثلة وبالجذبات اللطيفة المنتظمة للحبيل وبالجملة لا ينبغى السرعة والفجأة فى العلاج وانما ينبغى الانتظار والاحسن عند هملتون فى التكيس الحاصل من الانقباض التشنجى استعمال اربعين او خمسين نقطة من صبغة الافيون اما اذا كانت المرأة مهددة بنزيف اوتشنجات او كان لذيذ عيشها معرضا للخطر باى كيفية كان فان المبادرة بالعلاج لها الزم فتدخل الاصابع احداها بعد الاخرى فى عنق الكيس ليوسع ببطئ واحتراس ثم تنفذ اليد كلها لتمسك بها المشيمة فاذا كان هنالك فوهة ثانية فعل فيها كما فعل فى الاولى وفى جميع الاحوال يكون الحبيل هو المرشد الاكيد الموصل للخلاص الذى يفصل ويعزل بواسطة انزلاق الاصابع منبسطة بينه وبين الرحم ثم يجذب ويدفع بالوجه الراحى لليد حتى يصل الى اعلى المهبل * وهنا تنبيه مهم وهو ان الالم المتسبب من ادخال اليد فى جزء الرحم الباقى مسترخيا يزيل التكيس احيانا وذلك لان الكيس من حيث انه ينقبض حينئذ يفتح الدائرة الحابسة للخلاص كما ان جسم الرحم يوسع عنقها مدة الطلق فان كان المتكيس من المشيمة جزأ منها جاز بعد توسيع فتحة الدائرة ان يترك النفوذ الى ابعد من ذلك بل يمسك بالاصابع ويستخرج بعد ذلك حالا لكن الاغلب والاكد والاسرع ان يذهب الى الكيس نفسه فان هذه هى الواسطة الوحيدة لمعرفة حالة الاجزاء

بالضبط * ومن المعلوم ان اليد التى تبقى فى الخارج مدة هذا العمل تحفظ قعر الرحم وتميله ايضا وتخفضه نحو اليد التى فى الباطن

(المبحث الخامس)

(فى انقطاع الحبل)

انقطاع الحبل لا يكون فى نفسه مضاعفا للتخليص الا لكونه لا يمكن معه استعمال الجذبات ويحترس من ذلك الانقطاع بان يقطع الجذب متى استشعر بان القطع قريب الوقوع ولكن لا يمكن معالجته بالتفتيش على المشيمة باليد ومتى لم يخف على المرأة خطر ترك الامر للطبيعة وهذا القطع يحصل خصوصا اذا كان الحبل مندغما حوالى دائرة المشيمة او كثرت اوعيته بالانفصال وانعزلت بحيث اشبهت اشعة مظلة عند وصولها للمشيمة * وعند تامن ذلك مثالان ذكرهما تيدمان ففى احدهما اجتمعت الحركات القوية المفعولة كلها فى اصل الحبل فانقاد ذلك الحبل لها قبل ان ينقلها للخلاص وفى ثانيهما لم يكن فى الاوعية نفس القوة التى توجد فيها لو كانت منضمة وايضا فان الجذبات التى لم تتجه على جميعها تمزقها بسهولة عظيمة احدها بعد الآخر

وزيادة على ذلك ان هذا التمزق قد يتسبب من خروج الجنين نفسه فاذا كان الحبل قصيرا جدا او تكون منه لفات حول رقبة الجنين او صدره او جزء آخر من جسمه جاز ان يحصل من الاندفاع الفجائى للجنين قطع الحبل من جانب المشيمة كما قد يحصل ذلك من جانب السرة قال دولاموت وقد امتد هذا التمزق الى البريتون فى امرأة ولدت وهى واقفة وهذا العارض يحصل كثيرا اذا ولدت المرأة بسرعة ويبدون ان تضع نفسها على سريرها وفى مثال آخر لغيره حصل مثل ذلك وحصل معه ايضا انقلاب الرحم وماتت المرأة فجأة وهناك امثلة اخرى انقطع فيها الحبل بسبب خروج الولد فجأة ولم يحصل خطر للام ولا للجنين لعدم حصول نزيف من ذلك وعلى كل حال مهما كان السبب ينبغى ان لا يتوقف فى ادخال اليد حتى تصل للخلاص اذا صاحب قطع الحبل ادنى عارض قابل لان يكون ثقيلا

المبحث السادس

(المبحث السادس)
(فى التصاقات المشيمة)

الالتصاق المرضى للمشيمة اى المخالف للطبيعة يكون كليا اوجزئيا وخفيفا اوقويا

(المطلب الاول)
(فى الاسباب والعلامات له)

جعل القدماء ومثلهم سميلى وغيره سبب هذا الداء هيئة اسقيروسية فى الرحم اوفى الخلاص واستحسن كثير من المتأخرين نسبته للالتهاب * قال المؤلف ولادليل على شئ من ذلك ولقدشاهدت المشيمة صلبة سميكة مصفرة فاقدة لمنظرها الاسفنجى تارة فى بعض اجزآئها وتارة فى جميع سعة سطحها الرحمى وشاهدتها ايضا مملوءة بمواد كتلية متجانسة فى حجم الجوز اوبيض الحجل صلبة مرنة وكانت التصاقاتها فى تلك الاحوال خفيفة لاقوية وسطحها وان كان فيه تحدبات الاانه كان املس ولم يوجد فيه اثر تمزق اصلا وشاهدت ايضا هذه الاستحالات مصفرة فكانت هى التى سموها بالمشيمة الشحمية بل وشاهدت ايضا معظم التغيرات التى ذكرت غيرانى لااعلم انها تنتج التصاقا مخالفا للطبيعة ومارأيت فى كلام المؤلفين مشاهدة اسقيروس الرحم فى نفس المحل الذى توجد فيه هذه الالتصاقات المرضية على ان كل احد يعلم ان المشيمة يحصل لها التصاق بالاورام الليفية التى تغرس هى عليها فى بعض الاحيان ويكون فى الغالب اقل متانة من التصاقها بالرحم نفسها وكذلك باريه الذى وجد فى الخلاص رملا وبنديق الذى زعم انه وجد ديدانا بين الرحم والمشيمة لم يذكرا التصاقا اصلا ومثلهما برزوس الذى وجد راسبا طحيا وحجريا وصفراويا حتى على السطح الظاهر للمشيمة

واماالالتهاب فيصح ان نختار كونه سببا قريبا للعقل فى بعض الاحوال كما اذا حصل عقب ضربة على البطن فانه يحس بالم خفى وحرارة مدة بعض اسابيع فى المحل المحاذى للمشيمة من الرحم ويوجد عند الولادة التصاق المشيمة بها

لكن الغالب ان الظاهرات المذكورة تبقى مدة سير الحمل بدون ان يعرض التصاق كما ان الغالب وجدان الالتصاق بدون مشاهدة هذه الظاهرات على ان من المعلوم ان الصفة الذاتية لالتهاب الاغشية المخاطية هى زيادة افرازها وانها لا تنتهى بالتصاق سطحها بالاجسام الملامسة لها الا نادرا فمن الحزم والعقل انتظار مشاهدات وابحاث جديدة يجزم منها بحالة هذا الالتصاق

فان كان الالتصاق جزئيا كان شاغلا تارة جزأ من دائرة الرحم وتارة جميع دائرتها وتارة تكون حوافى المشيمة خالصة وانما التصاقها بالرحم يكون فى وسطها بجزء او اجزاء من سطحها فان كان الالتصاق عاما وذلك نادر كان له كالسابق درجات مختلفة فاحيانا يزال هذا الالتصاق بمجرد جذبات فى الحبل بدون احتياج للنفوذ فى الرحم واحيانا يكون قويا بحيث يظهر كان المنسوجات تداخلت فى بعضها وانه لا يمكن الفصل بدون تمزق الاجزاء

العلامات * العلامات الاتية لا تحقق الالتصاق المرضى للخلاص وان عبر بذلك ديزرموس وانما تحمل على ظن وجوده وذلك انه مع وجود الانقباضات المتكررة من الرحم وصلابتها وشكلها الكرى اذا ادخلت الاصبع فى العنق يستشعر بان المشيمة لم تأت له ولم تنقد للجذبات المناسبة المعمولة على الحبل واذا تذكرت ما قلناه لك سابقا من ان الالتصاق المرضى نادر جدا علمت انه لا ينبغى ان يشتبه بالاحوال التى يعسر فيها استخراج الخلاص باسباب اخر

(المطلب الثانى)

(فى علاج الالتصاق المرضى للمشيمة)

هنا طريقتان مختلفتان للمولدين فمنهم من قال يترك ذلك للحركات العنيفة التى تحصل من الرحم ومنهم من قال لا بد من المبادرة بازالة الالتصاق وذلك لانهم اولا ظنوا انه اذا ترك الخلاص فى الرحم تكون المرأة معرضة للنزيف وللتشنجات وانه اذا فسد وعفن اثر تأثيرا مغما على البنية كلها وسيما اعضاء التناسل والبريتون فيتولد من ذلك حمى خبيثة وثانيا انهم تمسكوا بان تكون هذه

العوارض .

العوارض نتيجة اعمال استعملت قبل اوان استعمالها اكثر من كونها نتيجة الوجود المستطيل للمشيمة فى الرحم فقد ذكرها البرو وغيره احوالا تمزق فيها الرحم والتهب وتغنغر عقب اعمال عنيفة عملت لاجل ازالة مازعموه من الالتصاق المخالف للطبيعة وشوهد بقاء الخلاص فى الرحم يومين واربعة وستة وثمانية وخمسة عشر واثنين بل واشهرا كثيرة بدون ان يحصل من ذلك عارض اصلا فاذا عفن جذبه معه النفاس قطعا واهدابا ثم بواسطة الحقن يسهل دائما الاحتراس من خطر امتصاصه على ان الظاهر ان الاخطار التى يظهر كونها تحصل من فصله القهرى اثقل جدا من الاخطار التى تحصل من احتباسه فى الرحم زمنا طويلا حتى ان بعضهم امر النساء القوابل بترك عملية التخليص وان يترك ذلك للبنية الطبيعية حتى فى احوال النزيف اذا حصل فى استخراج المشيمة بعض تعسر

فان قيل ان المشيمة قد تبقى احيانا جملة ايام فى الرحم بدون ان يحصل منها عارض نقول كثيرا ما يحصل منها ايضا اعراض ثقيلة فقد اتفق ان جميع العوارض زالت عند اندفاعها وحصل السرور بذلك الا ان المرأة فقدت حياتها بعد ذلك وان اردت ادلة جديدة لذلك فعليك بالاستقصاء عن المشاهدات التى فيها ذكر ذلك * فالمشيمة سواء كانت ملتصقة او غير ملتصقة لا ينبغى تركها كلا او بعضا فى الرحم الا اذا لم يمكن استخراجها فقد شوهد ان بقاءها سبب الموت فى اليوم الثانى عشر ويقال ان بقاءها يعرض المرأة للنزيف وللحمى العفنة وللموت وقال بذلك بورن وحذر من ان تترك المرأة قبل نزول خلاصها بالكلية فكان يذهب باليد ليفتش عليه او على ما بقى منه اذا لم ينزل بعد ساعة واتفق انه ترك فى امرأة الى اليوم الثامن وفى اخرى الى الخامس عشر فسبب لهما الموت وذكر كليسان ان الخلاص اذا لم يخرج بعد ساعة من خروج الجنين لزم استخراجه بالعمل واذا عرض عارض قبل مضى الساعة لزم استخراجه ايضا وامثلة الموت من بقائه فى الرحم كثيرة وذكر المؤلف من ذلك امرأة كابدت فى اول ولادة لها مشقة عظيمة بسبب وضع ردىء للجنين وفى سير حملها الثانى كانت صحتها مكدرة

ومع ذلك ولدت هذه المرة بدون استعانة بالصناعة فكان الحبيل دقيقا وفروعه متباعدة عن بعضها اعنداصله وكانت المشيمة رقيقة كالحة فيها تجاويف منفصلة عن بعضها وماخرجت الابعنف شديد قال وكان عندى ظن قوى بانه بقى منها شئ في تجويف الرحم فعرض في اليوم التالى آلام شديدة ثم سكن بعضها بعض ساعات ثم رجعت ثانيا ثم حصلت حمى اللبن فصارت المرأة مهددة بتشنجات وبالتهاب بريتونى وانتهى معها الحال باحساسها فى عنق الرحم بجسم صلب لم يمكن استخراجه الافى اليوم الثامن فزالت العوارض بعد نزوله من اعضاء التناسل غيرانها تبدلت باعراض لين محى انتهت بالموت وذكر مورلان ان امرأة لم ينزل خلاصها الا فى الخامس عشر غيرانها بقيت تلك المدة فريسة لعوارض مختلفة واخرى لم تنزل مشيمتها الابعد ثلاثة اشهر غير ان النزيف لم ينقطع تلك المدة

قال المؤلف فعلى رأيي احسن الاعمال هو توجيه اليد للرحم وذلك اولى من ان يترك اجزآء من المشيمة فيها وفى جميع الاحوال تجذب تلك الاجزاء باسرع ما يمكن نعم كثيرا ماترك قطع منها فى كثير من النساء فقد ذكر جلموس ان جزأ منها بقى فى الرحم ولم يمنع العلوق بعد اربعة اشهر ولا الولادة بعد تمام اشهر الحمل واتفق انها بقيت فى الرحم بسبب قطع الحبيل ولم تخرج الابعد اربعة اشهر بسبب حصول نزيف خفيف وقد حصل التلقيح فى اخرى مع وجود مشيمة سقط فى الرحم لم تخرج الابعد جملة اشهر مع البذرة الجديدة غيران هذه احوال سعيدة مستثنيات لا ينبغى الركون اليها والا فيمكن امتصاصها ويخشى منه ما سنذكره على الاثر

فالمشيمة من حيث انها جسم غريب اذابقيت فى الرحم هيجته فتحدث فيها توارد دم فتكون سببا مستداما للنزيف ولاعراض عصبية وآلام متنوعة وحرافتها التى تحصل من تعفنها والرائحة التى تنتشر منها تختلفان فى اغلب النساء فالمدة والمادة العفنة الناتجتان من فسادها اذا مستا باطن الرحم نفذتا فيه بان يتشرب او يمتص اعظم جزء منها باوردة هذا العضو فاذا حصل من

ادخال اليد فى الرحم تمزق فى اعضاء المرأة بدل فصل المشيمة كما يعرض ذلك احيانا يكون هذا من خطأ الطبيب المولد لا من العملية نفسها مع انه ليس المراد قلع المشيمة بعنف او ازالة الالتصاق بقوة طوعا او كرها كما كانت تفعله القدماء وانما المراد فصلها مع الاحتراس واستخراجها اذا امكن بدون تمزق للرحم فمن الغلط اذا لم تطل المدة بعد انتهاء الولادة ان يظن ان ادخال اليد فى الرحم يكون مؤلما او مهيجا للرحم وهل من العقل ان يخاف من الاحتكاك اللطيف للاصابع ومن الجذبات الخفيفة باليد فى عضو كابد الانقباض الشديد مدة طويلة قبل ذلك بدون حصول خطر له مع ان الطبيب بولنذكران من ماية وثلاث وستين امرأة فصلت مشيمتهن بالصناعة لم يمت منهن الاست وان من خمس وثلاثين امرأة ترك تخليصهن للبنية الطبيعية مات منهن ثلاثون وذكر ريك انه مات ثنتان وستون امرأة من خمسماية وثمان وستين عمل لهن التخليص القهرى مع انه مات تسع وعشرون امرأة من ثنتين وثلاثين ترك تخليصهن للطبيعة وذكر اولسامير ان الموت يحصل بنسبة واحد لستة عشر اذا حصل التخليص الصناعى وبنسبة واحد لاثنين اذا ترك التخليص للطبيعة وذكر مسنير انه لم يفقد منه الا اربع ضعفوا قبل ذلك من النزيف من ماية وثمان عشرة خلصوا بالصناعة

(المطلب الثالث)

(فى كيفية العملية)

اذا لم يزل الحبيل باقيا يمسك ويفعل فيه جذبات كما قلنا فى التخليص البسيط فان كان مقطوعا يجتهد فى ان يمسك جزء من المشيمة نفسها وجميع المتأخرين ومنهم لوفريت وبودلوك اوجبوا ان يكون جذب الحبيل عموديا على مسطح المشيمة ويتصور ذلك فى الذهن بتوضيحه بما يشبهه فانك اذا جذبت ورقة مبتلة جذبا موازيا للمسطح الموضوعة عليه فانها تتمزق ولا يزول التصاقها كذا قال لوفريت اما اذا امسكتها باحد حوافيها او قلبتها على نفسها فانك تفصلها بسهولة بدون ان تمزقها فعلى رأى هذا المؤلف ينبغى اولا ان يتحقق المحل

المشغول بالمشيمة حتى انها اذا كانت مندغمة من الامام لا يغير ما قلناه من جعل الاصابع على هيئة بكرة اى ميزاب اما اذا كانت مندغمة من الخلف لم يكن هنالك نفع لتلك البكرة فان كانت مثبتة على الجانب لزم ان يذهب بها الى اليمين اوالى اليسار على حسب ذلك الجانب

وهذا الدليل العقلى صحيح ولا بد اذا عمل العمل فى مسافة خالصة وكانت المشيمة منطبقة على جدران الرحم المتوترة جدا لكن الظاهر انه لم ينظر الى ان الاصابع لا تمسك الحبل الا من تحت العنق وان الخلاص يلامس جدران الرحم بسطحه الاسفنجى و بسطحه الغشائى وان الحبل اذا امسك باى وجه كان يكون دائما موازيا للقطر العظيم للرحم لا عموديا عليه من محل اندغامه الى ان ينفذ من فوهة ذلك العضو وانه اذا دفع بقوة كما اوصوا بذلك الى الخلف اوالامام اوالجانب التزم ان يحك وينزلق على الجزء المحاذى لذلك من العنق كما يمر فى حلق بكرة بدون ان يغير ذلك اتجاهه بالنسبة للمشيمة نفسها فاذن يكون الاحسن ان توضع الاصابع الثلاث بحيث انها اذا اثرت كلها معا كانت كرافعة او بكرة يمكن ان تجذب الحبل وباقى الخلاص فى اتجاه المحور الطويل للرحم لكن من حيث ان المحور قد يختلف ويبعد كثيرا او قليلا عن محور المضيق بان يذهب الى الامام او اليمين او الخلف او اليسار ويبقى مستقيما او ينحنى على هيئة قوس دائرة او يتعوج على حسب ما تفعله فيه الرحم من الوضع والشكل والاتجاه يكون من اللازم ايضا ان توجه الجذبات تارة كثيرا او تارة قليلا الى الخلف او الجانب كما ذكرنا ذلك فى الكلام على التخليص الطبيعى ولا يذهب للتفتيش باستقامة على الخلاص الا بعد عدم نفع هذه الجذبات المفعولة مع غاية الاتقان او اذا كان الحبل لا يقدر على تحملها فاذا كان الحبل موجودا متصلا استعمل بمنزلة موصل مرشد فان كان مقطوعا بالكلية تميز الخلاص لليد فى مس سطحه الظاهر بلينه العظيم وعدم تساويه وفى مس سطحه الباطن بمنظره الاملس المزلق وتفرعاته الوعائية الموجودة عليه وفى مس كليهما بالاحساس القليل الشدة التى تستشعر به المرأة وقت وضع الاصابع على العضو واستناده

عليه * وهـذا البحث فى الغـالب سهل على الشخص الممارس فان اهمل جاز ان يشتبه عليه النتوات التى توجد احيـانا فى باطن الرحم اذا انقبضت انقباضات غير متساوية بنتوات المشيمة ويحصل من هذا الغلط خطر اذا كانت اليد الممارسة لذلك يد جاهل او كانت رديئة الاتجاه

ومتى عرفت المشيمة وكان هنـاك جزء من دائرتهـا غير ملتصق مسكت منه ثم تفصل بان تقلب على وجهها الغشائى او تتبع وصية من قال تزلق اطراف الاصابع منبسطة بينها وبين الرحم ثم بواسطة حركات متقنة ذهابا وايابا تفصل تدريجا كما تفصل قشرة برتقانة او ورقتين ملتصقتين التصاقا خفيفا بعضهما فاذا ســكان الالتصاق كليا تزلق اليد المهيئة كما سـبق على الوجه الظـاهر اى الوحشى لجزء من الاغشية ثم تذهب تدريجا حتى تصل الى دائرة المشيمة فاذا وصلت هنالك عمل بها كما قلنا فاذا حصل فى الدائرة وحدها التصاق مرضى وكان الجزء المتوسط من الخلاص رقيقـا مضغوطـا بالدم كما شوهد ذلك جاز كما قال بعضهم ان ينفذ فى مركز المشيمة ويفصل باقيها كما فى الاحوال الاخر فاذا تم فصلها جذبت باليد بان تدفعهـا اليد امامهـا ولا تبقيها خلفهـا وتستخرج مع ذلك ايضا القطع المتجمدة من الدم التى يمكن احتواء الدم عليها

فاذا فعل ذلك كان من النادر جدا ان يحصل خطر من ازالة هــذا الالتصاق نعم قد يكون الالتصاق قويا بحيث لا يمكن ازالته ففى هذه الحالة يزال الالتصاق من الاجزاء التى لا يكون فيها قويا ويمزق ويجذب جميع ما يمكن فصله ويترك الباقى لوسائط الطبيعة وان مشى بعضهم على ان لا يترك شئ من المشيمـة فى الرحم بل ينبش عليه ويخرج

فاذا لم يبق فى الرحم الاجزء من الخلاص استخرج بمـا قلنـا فاذا لم يزل العنق مرتخيا واسعا ولم تكن الولادة انتهت الا من زمن قليل يكون الاحسن ان توجه اليد كلها حتى تصل للرحم ومن حيث ان الجسم الغريب لابد ان يدخل فيما بعد فى العنق كلا او بعضا يكفى حينئذ ان تدخل اليد فى المهبل ويمـكن ان يمر بالاصابع فى باطن العنق الى مدخل التجويف الرحمى ومع ذلك ينبغى ان يحذر

الطبيب من ان يغش بتولد مرضى اوبعدم تساوى العنق فيظن ان ذلك هو المشيمة اذ كثيرا ما يعرض بعد تخليص لم يحضره الطبيب عوارض تنسب لكتلة بارزة فى المهبل يظن انها الخلاص حتى وقع ان الطبيب دينوس ربط هذه الكتلة وقطعها فوجدت بوليبوسا وماتت المرأة من ذلك * واتفق ايضا ان الطبيب ابريون نودى لامرأة فى اول ولادة لها وكانت وضعت من منذ ثمانية ايام فوجدت الرحم مملوءة بكتلة كبيرة مع ان قابلتها اكدت له ان التخليص تم بكليته ثم بعد بعض ايام خرج منها ورم فى حجم رأس طفل كبير وبحث فيه مؤلفنا فوجده ليفيا وبعضهم استعمل فى احتباس المشيمة المصحوب بالنزيف البورق مع الدهن السكرى للوارليانا واوصى بعضهم فى تلك الحالة بحقن من الانتيمون وادركاورات الصودوبعض الاشداء

فاذا لم يمكن تنظيف الرحم اوبقى فيها جزء من الخلاص بسبب من الاسباب فالعلاج الذى تجهزه الطبيعة والاحترا .ات التى تستدعيها حالة المرأة هى ما سيذكر * فتارة ينفصل بنفسه الجزء الذى تعسر انفصاله اولا بعد بعض ايام ويخرج مع قطع الدم المتجمدة وتارة يفسد تركيبه ويخرج مع النفاس وتارة لايخرج الا بعد زمن طويل فقد ذكر ميلى ان بعض المرضى عنده لم تدفع الخلاص الا بعد شهرين فكان صلبا جافا وذكر بعضهم انه اتفق خروجه بعد تمام الشهر الثامن وبعضهم ذكرا كثر من ذلك وبعضهم اقل وقد لايخرج الا مع خلاص حمل آخر يأتى بعده كما شوهد ذلك * ولينتبه لتوجيه الاصابع للمهبل زمنا فزمنا لينظر هل انفصل الجسم الغريب ويستخرج متى جاء الى العنق ثم فى حالة ما اذا لم يمكن مسكه بالاصابع يصح الالتجاء لملقاط النطف الكاذبة للوفريت اولصنارة دويس ويحقن كل يوم تجويف الرحم بماء الخطمية اوماء الشعير المعسل اومغلى الكينا الاجل تنظيفه ومنع امتصاص المشيمة وجذب فضلاتها الفاسدة كلما انفصلت اوفسدت وهذه الحقن التى مدحها لوفريت وغيره فى معالجة ما يحصل من التخليص المضاعف ايضا اوعملها برزوس من الماء الفاتر اوالنبيذ فى حالة النزيف يلزم ان تبدل فى الآخر اذا لم يكن المراد

الا تسكين التهيج بالضمادات التى قوامها نصف سائل ومع ذلك لا ينبغى ان ينسى ان هذا الالتصاق نتيجة مرض وانه بعد اتلافه القهرى يبقى السطح الباطن للرحم بالضرورة فى حالة مرضية متعبة ويخلفه شبه جرح متقرح من المهم تنظيفه والتحامه

(المبحث السابع)
(فى امتصاص الخلاص)

قد تزول المشيمة المتروكة فى الرحم بكيفية غير محسوسة وكأنها ذهبت بالامتصاص فى مدة سنين تكلموا على هذا الامتصاص وذكروا لذلك امثلة كثيرة ويقرب للعقل انه ينسب لذلك حالة المرأة التى ذكر جلوس انه لم ينزل خلاصها ومع ذلك حملت بحمل آخر بعد اربعة اشهر وذكر المؤلفون امثلة كثيرة شبيهة بذلك منها مشاهدة للحكيم دوبيل وهى ان امرأة ولدت ولادة كاذبة فى اربعة اشهر وانتزع الحبيل من المشيمة التى بقيت ممسوكة فى الرحم ثم عرضت عوارض للمرأة غير انه انتهى الحال برجوع المرأة لصحتها الكاملة مع انه تحقق عند الطبيب ان الخلاص لم يندفع الى الخارج لكن مثل هذا الامر غريب بحسب الظاهر بل ربما ينكر اولا كيف يتصور فى جسم كبير الحجم متين مضاعف التركيب ذى نسيج كثيف كالمشيمة مثلا انه يزول بامتصاص غير محسوس ويدخل جزأ فجزأ فى دورة الدم ثم من الذى يثبت ان الخلاص الذى تقطع وتعفن لم يخرج من المهبل قهرا عن المرأة وعن من حواليها فى مثل هذه الاحوال

قال المؤلف اما انا فعندى يقين بانه لا ينبغى لى التعويل على ما قيل فى هذا الموضوع من غير تثبيت قوى حيث لم اشاهد نظيره بعد الولادة الحقيقية اصلا مع ان هذا لا يحتاج الى انتباه زائد وانما لا يليق اولا ان يشك فى مشاهدة صحيحة شاهدها شخص ماهر وثانيا انه يوجد عندنا فى العلم نتايج غريبة لا ينازع فيها احد ففى الحمل الخارج عن الرحم الذى ينتهى انتهاء جيدا وان بقيت البذرة فى باطن الاعضاء كثيرا ما يوجد الجنين متحولا الى منسوجات صلبة خالية

من المنسوجات الرخوة وشوهد مثل ذلك فى الرحم ايضا وفى الحيوانات
غير البشر كالبقر والغنم وايضا قد فعل برغنوس تجربيات كثيرة وكررتها
مرارا يستدل منها على ان المنسوجات الحيوانية الراسبة فى عمق خراج مثلا
كثيرا ما تفسد فيه بسرعة واحيانا يحصل فيها انهضام كما يحصل فى المعدة وازيد
على ذلك انى فى ثلاثة احوال من الاجهاض شاهدتها سنة ١٨٣٣ عيسوية
وجدت ما يدل على امتصاص المشيمة فان الجنين فيها خرج بدون مشيمة وبحث
فى قطع الدم المتجمدة بعد خروجها مع غاية الانتباه فلم يوجد فيها اثر للاغشية
ولا للمشيمة وبعد بعض ايام انسد عنق الرحم وتيبس كعادته واما النفاس فلم يكن
زائدا عن العادة بل قد استنتجنا من واحدة منهن نتايج جليلة وذلك ان مدة
الحمل كانت من شهرين الى ثلاثة وكادت تلك المرأة ان لا تخرج من الدور الخطر
لجمرة ثقيلة ثم حصل لها النزيف وبقية اعراض الاسقاط ثم جاء جنينها ونفذ
من العنق ومكث بارزا فى اعلى المهبل مدة يومين ولم يتقدم عن ذلك فجزمت
بتمزيق الغلاف فرأيت الجنين لينا ومتعفنا نصف عفونة فمسكته واخرجته لكن
لم يخرج معه ما يتعلق به فتركته فى محله رجاء ان يستيقظ فعل الرحم ويقذف
انسا ما يتعلق بالجنين وزيادة على ذلك انى اوصيت التلميذ الموكل بالقاعة والمرأة
الراهبة والتامرجى بالانتباه للمريضة وان لا يرموا شيأ من قطع الدم المتجمدة
حتى أراه وان يعرضوا على الخرق الملوثة منها ثم ان هذه المرأة وقعت فى ضعف
زائد بحيث لم تفارق سريرها وصرت اجسها كل يوم فى الصباح فلم اعثر
على شئ جامد اصلا وانقطع سيلان الدم منها بسرعة وانسد عنق الرحم بالكلية
فى مسافة ثلاثة ايام وانتهى حالها بفقد حياتها فلما فتحت وجدنا تجويف رحمها
خالصا نقيا سليما ليس فيه شئ واتفق لى مشاهدة رابعة سنة ١٨٣٤ عيسوية
لحامل لها شهران ونصف حصل لها نزيف كثير مدة ستة ايام قبل ان تأتى
عندى فى قاعة المرضى وخرج منها الجنين من مدة يومين قبل المجئ عندى
ايضا فلمستها وتيسر لى النفوذ فى باطن الرحم بدون تعسر فوجدت الخلاص
على شكل كتلة ملتصقة من جزئها العلوى فجذبت قطعة من هذا الجسم

لاحقق طبيعته وتحقق عند جميع التلامذة الحاضرين كما تحقق عندي بان ذلك جزء من المشيمة تخفظت المرأة على سريرها مع غاية الاحتراس بحيث لم تفارقه وصرت كل يوم ابحث في خرقها واجسها غير ان النزيف انقطع في زمن قليل وتحققت انه لم ينزل بقية خلاصها الذي كنت وجدته في رحمها حيث انسد عنق الرحم بالكلية بدون ان يكون هناك نفاس ولا سيلان منتن ثم من البعيد عن ذلك امتصاص الخلاص التام الاشهر غير ان بعض الاحوال يدل على بعض فاذا ثبت ان الخلاص في الاشهر الاول من الحمل قد يمتص لم يسغ لنا انكار حصول مثل هذه الظاهرة بعد الولادة الحقيقية واما كيفية توضيح عارض غريب مثل هذا فلا ادخل نفسي فيه خوفا من اتساع المقام

(المبحث الثاني)

(في الانزفة المضاعفة للتخليص)

قد يوجد النزيف قبل التخليص فيكون كانه مضاعف لجميع العوارض التي ذكرناها الى الآن لكن قد يشاهد وحده ايضا ثم هو من الظاهرات الخطرة التي ينبغي المبادرة بمعالجتها سواء نشأ من خمود الرحم او تشنجها او امتلائها او تهيجها وعند نا مشاهدة امرأة ماتت ومعها جميع اعراض النزيف الكثير مع ان الدم لم يسل منها الا بكمية قليلة ولم يكن بحيثه من الرحم وانما كان من اعضاء التناسل الظاهرة التي حصل فيها بعض تمزق فاذا كان وجود المشيمة ليس هو السبب لذلك دائما فاقله انها تسبك هذا الداء او تثقله فلذلك تجب المبادرة باستخراجها حتى وان كانت الرحم خامدة عديمة الفعل مع ان بعض المؤلفين يرى انه لا ينبغي ان يحرض التخليص اذا لم ترجع الرحم على نفسها ما لم يكن هناك انفصال تام للمشيمة وقد ثبت عندلا كور ان التخليص الصناعي انما يزيد في خمود الرحم وبموجب ذلك يزيد ايضا في النزيف مع ان التجربة تحقق كل يوم خلاف ذلك وهو المختار عموما ولا حاجة لان نرجع لذكر اسباب النزيف وعلاماته ومعالجاته العامة وانما نتكلم عليه هنا باعتبار كونه من مضاعفات التخليص

* قال المؤلف لا يظهر لى ان كيفية حصول النزيف بعد الولادة كانت معروفة جيدا فيما سبق ولذلك جعل بعضهم سببه ان الرحم لا تنكمش اى لا ترجع على نفسها فيسيل الدم فائضا من فتحات زعموا انها تبقى مفتوحة على السطح الباطن للرحم اما انا فانسبه لامور اولا ان الاوعية الخللية لما انقطع انضغاطها فجأة جاء الدم اليها بقوة وثانيا انه يلزم ان يتراكم الدم تراكما متحانسكا فى الاوعية الرحمية التى زال استمساكها فينصب ذلك السائل فى الفراغ الذى كانت البذرة شاغلة له قبل ذلك بزمن يسير اوانه مع هذه الاستعدادات وجد فى تجويف الرحم نفسه سببا مهيجا استدعى اندفاعه

والفيضان الفجائى الذى يصير المجموع الاورطى مجلساله قد يسبب تجنيرا شريانيا كثيرا فى باطن الرحم عندما يحدث من نقص الدم فى الوريد الاجوف وقوف فى الدورة الوريدية يقهر الجيوب على ان تصب السائل المحتقنة به فى تجويف الرحم بدل ان تذهب به الى القلب وانما الرحم هى التى بتصلبها ورجوعها على نفسها تقاوم هذه النتيجة المحزنة الحاصلة من الضعف البطنى ولذلك ظن كثير من المؤلفين ومنهم بوافين ان النزيف والانقباض العام للرحم لا يتوافقان فالدم الذى يسيل اذا كانت الرحم منقبضة يكون مدفوعا من المشيمة كما يندفع من اسفنجة وليس آتيا من الاوعية الرحمية * قال المؤلف وهذا فى الغالب وقد يكون آتيا منها فقد رأيت مرتين ظهور النزيف بعد التخليص مع ان الرحم رجع على نفسه بالضبط وانقبض وكانت الولادة تمت منذ اربع ساعات فى حالة منهما ومنذ سبع ساعات فى الحالة الاخرى فليس هذا العارض نادرا بعد اليوم والليلة من الولادة

وبالاختصار اغلب النزيف بعد الولادة يحصل بمقتضى اصل من المهم معرفته وذلك ان الدم يسيل وينصب زيادة عن ما يناسب اما لان الرحم لم تنقبض اصلا بل تبقى مسترخية اولانها انقبضت انقباضا رديئا واسترخت بالكلية فى فترات الانقباضات فاذا لم يكن الانقباض الا فى العنق اوفى القعر اوفى جزء آخر مع كون الباقى من الرحم فى حالة خمود فان النزيف يحصل بدون تعسر ولذلك

قد يحصل تكيس المشيمة او الانقباض التشنجي للرحم مع النزيف فى آن واحد فالانقباض وان كان فى الاول عاما الا ان النزيف قد ينتهى حاله بان يظاهر نظرا الى ان الفعل الرحمي يوجد فيه تقطع يختلف فى الطول والكمال فلذلك يشاهد فى كثير من النساء ان الرحم المتنبهة ايضا من نتايج الطلق تتلزز بقوة اى تتضم لنفسها بعد خروج الجنين حالا فتعارض بذلك حصول النزيف زمنا ما تختلف مدته ثم تسترخى تدريجا بعد كل انقباض فيحصل من ذلك نزيف شديد كما فى مشاهدة للحكيم مورلان ولذا كان من الانصاف اتباع رأى انجليبى من انه يلزم المكث عند الوالدة ساعة او ساعتين بعد تمام الولادة

(العلاج)

الاول وسائط التحرز من النزيف * على مقتضى الرأى القريب للصحة الذى ذكرناه لا يكون احسن الوسائط للاحتراس من حصول النزيف هو تمريخ السرة والخثلة بملعقة صغيرة من روح النبيذ او ماء الكولونيا كما اوصى بذلك بعضهم وانما الاحسن ان يوضع على البطن رباط اى حزام يشد قليلا او تضجع المرأة بعد الولادة حالا بحيث يكون رأسها منخفضا جدا بل امر بعضهم بهذا الوضع مدة الطلق ايضا ومنع المرأة من ان تفعل ادنى حركة وذكر الطبيب كلارك ان هناك واسطة جليلة للاحتراس من النزيف وهى ان تبرد المرأة اى تجعل فى حالة برد فى الزمن الاخير من الطلق وان يكبس على الخثلة باليد مدة خروج الجنين الى ان تدخل الرحم فى الحوض وزعم اسبرن ان مما ينجح ايضا تقهقر اندفاع الجنين اذا كان الرأس فى الخارج ومدح بعضهم لذلك ايضا استعمال السائلات الجليدية من الباطن ومدح جلوت منقوع الشيلم المقرن من وقت انفجار الاغشية * قال المؤلف واظن ان الاحتراس الذى ذكره اسبرن وطريقة الضغط ينبغى الوثوق بهما وكل منهما لا يمنع استعمال الآخر واما ما امر به ولبر من استعمال كمية كبيرة من الشيلم بعد التخليص بجميع النساء فلا اقول فيه شيأ لانه لم يجرب احد عندنا بفرانسا فعله

الثانى وسائط العلاج * متى ظهر النزيف استدعى سرعة العلاج

فاولا تفريغ الرحم وحفظها * ينبغى خوفا من بقاء الخلاص فى اعضاء التناسل ان يبادر باخراجه فقد اتفق انه حصل الموت من بقاء جزء منه فى الرحم فلذا ينبغى ان يفرغ باليد وبعد اخراجه واخراج قطع الدم المتجمدة اذا بقى النزيف بحيث تعبت منه المرأة ينبغى متى بقيت الرحم رخوة عديمة الفعل اولم تنفع اللزق الخردلية بين المنكبين ان لا يتوقف فى ادخال اليد

ثانيا فى هذا العضو فان ذلك احسن من السدادة والشيلم المقرن والوضعيات الباردة وغير ذلك وذكر دولاموت وبودرن ان ذلك آكد الوسائط لازالة خمود الرحم بل لا يقوم مقامها ما ادعى دوسيه انه من مستكشفاته المهمة وهو الضغط على الخثلة فى جهات مختلفة وان كان لا ينبغى اهمال هذه الواسطة

هذا وليس بلازم ان عدم انقباض الرحم يعقبه النزيف دائما بعد الولادة فقد اتفق انه بعد اخراج المشيمة التى ظن انها كانت ملتصقة تحقق الطبيب اجلاسبول ان الرحم مسترخية وغير منقبضة مع انه لم يكن هنالك نزيف اصلا وجميع ما قلناه فى الضغط فى مبحث النزيف الذى يحصل مدة الطلق يتأتى هنا خصوصا فلذلك استعمل شفرول مع النجاح السدادة كواسطة تابعية ويستعمل فى ذلك ايضا الاسفنج المبتل بالماء البارد او الماء المخلل على الخثلة والقطن والخاصرتين كما امر بذلك بقراط واما اخراج الدم المنصب فى الرحم بواسطة المجس فغير نافع وان اشار به بعضهم

الثانى استعمال الحقن * الحقن بالماء المخلل او الخل الخالص او الماء الجليدى او بالكوول او الحمض الكبريتيك او الازوتيك المضعف بالماء بقصد كى اوعية الرحم وكذا محلول السليمانى وادخال مثانة مملأة هواء او ماء او وسائلا قابضا فى الرحم نفسها فان جميع ذلك قليل المنفعة ويعرض لعوارض كثيرة وليس باسهل من وضع اليد ويمكن ان الحقن الباردة او القابضة التى مدحها سابقا جالينوس وكذا غيره من المتأخرين ليست اهلا لجميع العيب الذى نسبه بعضهم لها ونشك فيما رآه كروفلييه من انها قد تدخل فى الجيوب الرحمية وتسرع فى الهلاك وانما نظن انها لو لم تدم احدث اضرارا مزمنة كثيرة وبسبب ذلك اهملت

ولما ظن بعض الممارسين ان دم النزيف ربما منع فعل السائلات الدوائية قال ان الاولى تندية بعض اجسام بهذه السائلات ووضعها فى الرحم فاستعمل بعضهم لذلك اسفنجة تندى بعصارة الليمون اوبالخل اوتبدل الاسفنجة بسدادة تندى بذلك والليمونة المزال عنها قشرها تكون ايضا من الوسائط الجيدة كما اشاربذلك بعضهم فاذا ترك ذلك فى الرحم احدث فيها تنبها ثم انكماشا مستداما فيكون فعله قويا كفعل اليد

فاذالم يكن فى الرحم خمود فليستعمل ماذكر فى مبحث النزيف عموما وهى المحولات والمبردات والسدادة ايضا التى اذا وضعت جيدا صارت علاجا قويا * ويصح ايضا ان يمص الثدى حتى قال بعضهم ان الطفل اذا مص الثدى انقطع النزيف حالا وذلك ممكن اذ لا يخفى وجود الاشتراك بين الرحم والثدى فاذالم يرد الطفل الارضاع اولم يقدر على مسك الحلمة مسكا مناسبا بعد الولادة حالا فليرضعه طفل آخر او حيوان صغير ككلب مثلا

الثالث ضغط الاورطى * اذا كان النزيف قويا جدا كان لا بأس بالضغط على الاورطى اعلى عن الزاوية العجزية الفقرية حتى تستعمل واسطة اخرى فان جدران البطن بعد خروج الجنين حالا تصير رخوة فلا يعسر فى كثير من النساء ضغط الاورطى بالابهام موضوعة الى اليسار قليلا ومنذ ظهرت هذه الواسطة استعملت كثيرا مع النجاح ولهم فى الضغط ثلاث كيفيات فمنهم من يصل للاورطى بتأثيره على الرحم من فوق جدران البطن وبعضهم يدخل يده فى الرحم نفسها ليصل للاورطى على السلسلة الفقرية وبعضهم يزيل اتساع هذا العرق باصبعين اوبالابهام اوبالقبضة كلها فتوضع على يسار السلسلة قليلا من فوق جدران البطن مبعدة للامعاء ويضغط بها مع غاية الاحتراس فبذلك ينقطع فيضان الدم الشريانى وينشأ من ذلك تعب فى رجوع الدم الوريدى ويلزم الاحتراس حسب الامكان من ان ينضغط مع ذلك الوريد الاجوف فاذا حصل هدو فى السيلان الدموى حصل تنبه فى الانقباضات الرحمية فترجع حالا ويمكن بعد ساعة اوساعتين ان يزال الانضغاط

عن الاوطى بيظى

الرابع الشيلم المقرن * قدمدحوا منذ بعض سنين واسطة اخرى وهى الشيلم المقرن فقالوا انه يذهب خمود الرحم ويلزمها بان تنقبض فتزيل التصاق الخلاص فتطرد المشيمة وتمنع النزيف قالوا ولما كان التخليص دائما سريعا فى النساء اللاتى استعملن هذا المسحوق المنبه مدة الطلق ولا يكون فيهم مصحوبا ولا معقوبا بنزيف استنتج من ذلك انه قد يكون واسطة عظيمة تستعمل فى الالتصاق الغير الاعتيادى للمشيمة وفيما اذا عرض نزيف بعد خروج الجنين ومشاهدات نفعه عند المؤلفين كثيرة ولاسيما المؤلف فانه نال نجاحا من استعماله فى السيلان الابيض الزهرى والسيلانات البيضا الرحمية والانزفة الحاصلة من تحجر الاغشية المخاطية قال واستعمله ايضا ضد الالتصاق اذا عثرت عليه ولعدم مشاهدتى له لم يكن عندى الى الآن شئ من نتايج ذلك وظن بعض الاطباء انه شاهد حصول النزيف من استعمال هذا المسحوق نفسه واقول فى رد ذلك مما اتفق ان شابة اصيبت بنزيف شديد بعد الولادة مع انى كنت امرتها قبل ذلك باستعمال هذا الشيلم فاستعملت منه خمسة واربعين قمحة فى جميع مدة الطلق ومع ذلك نتج من استعمال هذا الجوهر بعد ذلك النتيجة المرادة وشاهدت ايضا مثالا آخر شبيها بذلك فكان ذلك حاملا لى على ظن ان الشيلم يمكن كونه نافعا عندما يكون النزيف نتيجة خمود الرحم وهذا لا يحصل فى الاحوال الثقيلة فلا تعتبر نتايجه النافعة الا فى الانزفة اللطيفة التى تظهر بعد الولادة بزمن ما ولنزد على ذلك انه لا ينبغى ان تكون اخطار النزيف على حسب كثرته فقد اتفق موت نساء به مع انه لم يسل منهن الا نحو رطلين من الدم

الخامس حقن الحبيل * استعملوا حقن الحبيل بقصد تعجيل التخليص المصحوب او الغير المصحوب بالنزيف والمتعوق باى سبب كان وذلك يكون بان يدفع فى المشيمة بواسطة الوريد السرى سائل قابض او بارد وذكر موجون انه قبل ان يحقن الحبيل يعص الدم الذى يمكن ان يحتوى عليه بحقنة

ولكن قد نجح حقنه عند بعضهم بدون ذلك المص فاستعملوا لذلك الماء المخلل اوماء النبيذ الممدود بالماء اوالماء البارد واتفق فى هذه التجريبات الثلاث التى فعلت بهذه الجواهر الثلاثة ان الرحم كانت مسترخية خامدة فحصل لها الانقباض حالا بذلك وانقذفت المشيمة وانقطع النزيف نهايته انه لم يكن هنالك دليل على ان المشيمة كانت ملتصقة ولا ان الجذبات المتقنة الاتجاه لم يحصل منها هذه النتيجة * ولا بأس بتجربة هذه الواسطة فى حالة الالتصاق الذى ذكروه وفى الخمود والنزيف اذا استعملت الوسائط الاعتيادية بدون نفع وقبل ان تدخل اليد فى الرحم وفعل هذه الواسطة ميخانيكى وكيماوى وذلك انها تبسط تنيات الخلاص وتورمه وتوتر الرحم فتنتج نزولا فجائيا فى درجة الحرارة وتضايقا فى فوهات الاوعية وانقباضا مختلف شدته ومدح هذا الحقن كثيرون وادعوا انهم نالوا من ذلك نتائج جيدة والذى يظهر لنا انه ينبغى ان يفعل الحقن بالماء المخلل اونحوه من السائلات القابضة اذا كان هنالك نزيف وبالماء البارد فقط اذا كان هنالك خمود وبالماء الفاتر اذا ظهر ان الرحم معرضة للالتهاب

وعملية هذا الحقن سهلة وذلك انه بعد اخراج الحبيل الى الخارج يوضع فى الوريد ثم ص حقنة تحتوى على مقدار من ست آواق الى ثمان من ماء مخلل اوماء نبيذى مضعف بالماء جدا اوسائل آخر دوائى يرى مناسبته وتدفع مادة الحقن بقوة بحيث تدخل فى جميع سمك المشيمة ولاجل منع خروجه قبل حصول النتيجة يفعل رباط فى الحبيل السرى فعند ذلك حالا يحصل للمرأة تعنى وقولنج وتنقبض الرحم وعضلات البطن وينقاد العنق لذلك فيخرج الخلاص بسرعة وبعضهم ابدل جميع هذه الوسائط بالحقن بشبه حريرة اونوع ضماد سائل اوقابض اومرخ اونحو ذلك فى باطن الرحم نفسه اذا اخرج الخلاص ولا ادرى ما الذى يمنع من تقليد ذلك اذا لم يسمح الحال بادخال اليد * ونقول بالاختصار من المهم عدم اشتباه الانزفة التى تحصل بعد الانكماش الطبيعى للرحم وتكون مصحوبة

بالحمى والعلامات التهيجية بالتى تظهر فى مدة الاربع والعشرين ساعة بعد الولادة وتكون غالبا مطابقة لعدم فعل الرحم اوعدم انتظامه اوتضايق ذلك العضو *ومن الجيد ان يميز هنا ايضا الانزفة الظاهرة عن الانزفة الباطنة وان يذكر ان فى الباطنة يمكن ان يكون الدم محسوكا فى باطن الرحم بالخلاص وبالعنق نفسه ويمكن مثل ذلك ايضا فى المهبل ويظهر ايضا على حسب مشاهدة الطبيب فورنيير ان المادة المصلية اذا لم تكن جزأ من السائل الامنيوسى يمكن ان تنكيس مع الدم من اعلى الخلاص النازل عنها الى الاسفل اوتكون فيما بين الاغشية وقد استفدنا من المشاهدات ان هنالك نوعا من النزيف ينشأ من احتباس الدم فى المهبل وانه قد يكون الماسك له فيه اهدابا من الاغشية كما شاهد المؤلف امثلة من ذلك

السادس نقل الدم من اوعية شخص سليم الى اوردة المصابة بالنزيف *خطر ببال الاطباء المتأخرين ان يعالجوا المرأة المصابة بالنزيف المهلك بادخال دم شخص صحيح فى اوردتها كما فعل نظير ذلك اطباء القرن السابع عشر العيسوى وكما استعمل هذه العملية الآن ببلاد النمسا الطبيب ديافنبك وبفرانسا الجراح روس فى الهيضة وفى الآفات الجراحية مع انه لم يحصل منها نتيجة مسرة وجملة من الاطباء المولدين تعصبوا لاظهار هذه العملية تعصبا قويا فزعم بلنديل انها نجعت معه مرات كثيرة فى النساء المصابات بالنزيف وكذا زعم غيره ايضا وصوروا صورة الجهاز اللازم لذلك واشهروا مشاهدات كثيرة فيها نجاح هذه العملية حتى قال انجابيى ربما كان عندنا الآن نحو عشرين مشاهدة * قال المؤلف ونقول ان هذه العملية خطرة تأباها الشفقة على الناس فقد شوهد موت المرأة منها فجأة ويمكن ان يكون نتيجتها التهاب الوريد على فرض سلامة المرأة وغاية هذه العملية انها اذا استعملت فى وقت النزيف لم تمنع سيلان الدم فلا يكون المراد منها حينئذ الا تقليل الدم وتفريغ الاوعية وحصول الاغماء او التشنجات التى تعقب فى الغالب النزيف الثقيل *فانظر هل يقوم دم الشخص الآخر مقام الدم الذى تفقده المريضة بالنزيف وهل الماء الفاتر لا ينتج مثل هذه

النتيجة بملئه الاوعية حرر ذلك بميزان عقلك

(المبحث التاسع)
(في التشنجات بعد الولادة وفي التخليص للحمل المضاعف)

الاول التشنجات والاغماءات المتكررة التي تعرض بعد الولادة يمكن كالنزيف ان تحصل من اسباب مختلفة غيران الخلاص لما كان وجوده كافيا وحده لاحداث ذلك كان من اللازم ان يبتدأ بتخليص النساء المصابات بتلك الآفات واما الباقي فيقال فيه كما قيل في التشنجات عموما ومثل ذلك ايضا مجرد الضعف والنهوك اللذان يتعبان في بعض الاحيان الطلق المستطيل او يعقبان عوارض اخر فلاجل ان لا يكون للخلاص تأثير في هذه الحالة يبادر باستخراجه وانما الذي قد يستدعي التأني في ذلك هو الاحتياج لترك المرأة في الهدو والسكون او خوف حصول النزيف مالم يكن هناك عارض آخر وقتي

الثاني لا ينبغي في الحمل المضاعف ان يحرض التخليص الا بعد الانتهاء التام للولادة لان توابع الجنينين من حيث انها ملتصقة ببعضها غالبا بل دائما اقله ببعض اجزاء منها لم يمكن ان يجذب توابع احدهما بدون ان تنفصل توابع الاخر وليس السبب في منع التخليص هو ان هذا العمل يتسبب عنه خمود الرحم او انه يوصل ضرورة الى النزيف كما ظن ذلك بعضهم مؤسساله على اصل كاذب وهو انه يبقى فوهات واسعة مفتوحة يسيل منها الدم على السطح الباطن للرحم وانما السبب هو ان من الخطر دائما ازالة المجاورات العضوية للجنين بامه قبل ان يؤون اوان اندفاعه الى الخارج نعم هناك حالة لا تجري على هذه القاعدة وذلك اذا جاء خلاص الجنين الاول من ذاته للفرج قبل نزول الجنين الثاني فينبغي حينئذ الاحتراس من ازالة التصاق خلاص الجنين الباقي

والغالب ان التخليص عقب الولادة التوءمية تطول مدة انتظاره اكثر مما في الاحوال الاعتيادية اذا لم يحرضه الطبيب المولد وذلك ناشئ من كون الرحم يقل في العادة ميلها لرجوعها على نفسها وربما كان ايضا ناشئا من كون الخلاص المزدوج عظيما جدا فلاجل المساعدة على ذلك يمكن ان يمسك احد الحبلين

او احدى المشيمتين ويجذب الخلاصان احدهما بعد الآخر وقال موزسوس ينبغى ان يجذب تارة احدهما وتارة الآخر حتى ينزلا معا لكن الاحسن والاسرع والآكد ان يلف الحبيلان على بعضهما بحيث يكونان كحبيل واحد ويعمل كما يعمل على خلاص واحد والمشيمتان لعدم كونهما فى باطن اعضاء التناسل متساويتين فى المحاذاة لا يأتيان للفوهة ولا للفرج الا متعاقبتين لانهما يأتيان معا فاذا حصل خلاف ذلك وعسر خروجهما سهل لزالة مثل هذا الخطر بحيث لا يحتاج لاطالة الكلام فى توضيحه ومن حيث ان الحبيلين قد يكون بينهما اتصال باوعية غليظة على سطح المشيمة ينبغى ان يتحقق انه لا يحصل نزيف من الحبيل الاول عند انفصال الجنين منه فلاجل ان لا يحصل ادنى خطر من جانبه ينبغى ان يبادر بوضع رباط على الطرف المشيمى لذلك الحبيل المنفصل لكن من الغلط ان يعتبر هذا الرباط ضروريا لازما فى جميع الاحوال كما اعتبره كذلك بعضهم وما اوصى به ميلوط من وضع رفائد سميكة على الجزء الخالص من الخلة وحفظ ذلك برباط مشدود الى ان يخرج الجنين الثانى ليس كلاما مستهجنا فلا بأس به سيما اذا كان هناك ادنى تهديد بنزيف او خمود

(المبحث العاشر)

(فى التخليص فى الولادة الكاذبة)

التخليص بعد الاجهاض يكون فى العادة اقل بساطة من التخليص بعد الولادة التامة الاشهر فالبذرة فى الاشهر الثلاثة الاول من الحمل تندفع غالبا بكليتها فاذن لا يكون هناك تخليص حقيقى اما فيما بعد ذلك فيأخذ هذا الاندفاع الكلى فى البذرة والصعوبة كلما زادت المدة فيخرج الجنين اولا وتبقى غلافاته ولا تخرج الا بعد زمن يختلف طوله والعنق برجوعه لقوته وطوله الاولين يقاوم ويمانع الحركات الرحمية التى تكون قليلة القوة ولا بد وكذلك الخلاص من حيث ان مجاوراته وارتباطاته بتجويف الرحم المحتوى عليه تكاد ان لا تتغير لا ينفذ من الفوهة الرحمية ليدخل فى المهبل الا بعسر شديد

وايضا من المعلوم ان الحبيل ضعيف جدا بحيث لا يقبل الا جذبات خفيفة مع ان احتباس المشيمة بعد الاجهاض لا يكون اقل غما منه بعد الولادة التامة الاشهر

قال المؤلف وخمود الرحم واقلابه وان لم يخف منهما هنا لكن الاسلم على رأيي ان يبادر بعملية التخليص قبل ان يعطى للعنق زمن ينطبق فيما اما بان يجذب الحبيل بلطف وخفة او بان تمسك المشيمة نفسها اذا امكن باطراف الاصابع اما اذا طال الانتظار ولم ينادى الطبيب الا بعد الاجهاض بمدة فايس عليه الا مساعدة اظهار الانقباضات الرحمية فاذا عرضت عوارض لم يتيسر ادخال اليد الى الخلاص بسبب انطباق العنق وادنى قوة فى جذب الحبيل ينشأ عنها حالا تمزقه وهذه الحالة هى التى يجرب فيها استعمال الحقن التى امر بها موجون اذا كان الحبيل باقيا غير متمزق * قال المؤلف وانا لا امدح فى تلك الحالة الا الشيلم المقرن ومع ذلك اذا ظهرت المشيمة من الفوهة او امكن الاحساس بها بالاصبع ولم تكف لانزالها الجذبات باليد فليجتهد ايضا فى مسكها بملقاط النطف الكاذبة فان لم يمكن يترك اندفاعها للحركات الطبيعية ويعتنى بالاحتراس من حدوث العوارض ويعالج ما عرض منها فيستعمل الفصد والمستحضرات الافيونية والاستحمامات العمومية والموضعية والحقن المرخية والغاسلة فى المهبل بل وفى الرحم لابطال نتايج التعفن وتحفظ المرأة فى حمية قاسية فاذا انفتح العنق جذبت اهداب الخلاص اذا جاءت واخترع ميلوط ملوقا تفصل به المشيمة فى حالة الاجهاض غير انه لم يستعمله احد وكذلك عروة دوجيس التى هى من سلك معدنى ومنحنية على هيئة كلاب فانه ان كان العمل بها من غير مهد بحيث لا يمكن ان تصاحبها اليد كانت غير نافعة او خطرة فاذا امكن معها ادخال الاصابع فى الرحم كانت تلك الاصابع هى النافعة وغيرها زائد لا حاجة اليه

وهذه الاحتراسات قد تكون احيانا غير نافعة فاذا انطبق العنق بسرعة بعد خروج الجنين جاز ان تبقى المشيمة زمنا طويلا فى الرحم بدون ان تعفن فقد

شوهد من النساء من لم تزل مشيمة سقطها الا بعد سنة او سنتين ومنهن من حملت من جديد وتمت اشهر حملها وخلصت فى آن واحد من الخلاص القديم والجديد والغالب ان يشاهد فى هذه الحالة ايضا امتصاص الخلاص امتصاصا حقيقيا او ظاهريا ولكن الاغلب ان الاغشية والمشيمة تندفع قطعا او كتلة فى مدة الاسبوع الاول التابع للاسقاط او تنجذب تدريجيا مع النفاس او بواسطة الحقن ومن المعلوم ان هذه التعسرات تكون اكثر حصولا وعددا كلما كان الاجهاض اقرب لوسط الحمل وتكون اقل واسهل قهرا كلما زاد القرب للزمن الطبيعى للولادة

(خاتمة)

ذكروا ان التخليص قد يكون كاذبا اى مصطنعا بان تدخل امرأة ليست بحامل اصلا فى مهبلها مشيمة باغشيتها وعند المؤلفين امثلة من ذلك *قال المؤلف وقد شاهدت ذلك فى بنت فعلت ذلك وحشت المهبل بخرق توهم انه حصل لها ولادة تامة بعد ان ادعت الحبل مدة تقرب من ثلاث سنين

(الكتاب السادس)

(فى توابع الولادة)

خروج الخلاص او استخراجه هو المتمم للولادة الا انه بقى علينا ان نبحث عن الجنين المولود وامه وتوابع الولادة فيكون هذا الكتاب مشتملا على مسألتين متميزتين عن بعضهما احداهما تتعلق بالجنين وثانيتهما تتعلق بالام

(التعليم الاول)

(فى الاحتراسات التى يستدعيها الطفل المولود)

الاحتراسات التى يستدعيها الجنين بخروجه من بطن امه تختلف باختلاف الحالة التى يولد عليها بحسب كونه سليما او مريضا

(الباب الاول)

(فى الطفل حالة كونه سليما)

اذا ولد الجنين حيا جيد الصحة وعرف ذلك بصياحه وحركاته لم يكن

على الطبيب المولد الانتهاء منه تهيئة مناسبة بين رجلى امه ثم يشتغل بالحبيل السرى لاغيره فحين خروج الطفل من الفرج يوضع بالعرض على جانبه ووجهه ملتفت جهة اسفل السرير بين فخذى والدته فبهذه الكيفية يمكنه ان يتنفس ولا يخشى عليه خطر الاختناق من المواد التى تخرج من المهبل فيخلص من عرى الحبيل اذا كانت ملتفة على جسمه ومن اهداب الاغشية التى قد تنجذب معه ومن المادة المخاطية التى قد تسد فمه وحلقه وبعد ذلك يشتغل بربط الحبيل السرى وقطعه

(القسم الاول)

(فى ربط الحبيل وقطعه)

كان فى زمن بقراط لا يقطع الحبيل الا بعد التخليص اى نزول الخلاص فاذا تعوق خروج المشيمة بنفسها قليلا يوضع الجنين على صوف او نحوه ليؤثر ثقله شيأ فشيأ فى تلك الاجسام ببطئ فتهبط تدريجا فينجذب الخلاص بذلك الى الخارج بدون استعانة بشئ آخر * قال ارسطاطاليس اذا لم تأت المشيمة حالا يربط الحبيل ويقطع لينفصل الطفل منه وعلى هذا الرأى فورنيير وقال دوقتير ايضا تستخرج المشيمة قبل ان يقطع الحبيل وامادونس فكان تارة يقول بهذا الرأى وتارة يقول بالآخر فاذا لم يستدع الخلاص الا بعض جذبات خفيفة حتى ينجذب لم يقطع الحبيل الا بعد التخليص فاذا احتيج للتفتيش عليه باليد اتبع عكس ذلك وبعضهم خوفا من النزيف امر بالتفتيش على الخلاص قبل القطع وجرى على ذلك جلوس ايضا فانه قال يوضع الجنين قرب النار وتوضع مشيمته على بطنه لتقوى حيويته * قال المؤلف والذى يظهر من اول وهلة ان رأى القدماء اقبل للعقل واولى للصحة من رأى المتأخرين فان الظاهر ان المشيمة تتبع الطفل حالا او اقله انها تنفصل من الرحم قبل ان يحتم الرأى بقطع الحبيل وانه يلزم قبل ان يقطع ان تأخذ دورة الدم فى الوصول تدريجا الى الحالة الجديدة التى لها نسبة وشبه بدورة الدم فى الكبير البالغ لكن اذا نظرنا للحقيقة نجد ان العمل الذى عليه العلماء الآن ليس فيه خطر للجنين ولا لامه فيكون

هو الاحسن يقينا وان اعترض عليه اعتراضا واهيا بان هذه الطريقة غير طبيعية لانها متبعة فى معظم الحيوانات نفسها التى تمزق حبيل جنينها كلما اخذ فى الخروج وكما انه لا يلزم انتظار حصول التخليص كذلك لا فائدة فيما اوصى به داتمان وغيره من انه لا يقطع الحبيل الا بعد انقطاع الضربات منه ثم انهم عموما لم يتفقوا هل الذى يعمل اولا القطع او الرباط

فاذا ابتدأ المولد بالرباط التزم ان يفعل تحت الغطاء وعلى سرير الطلق فحينئذ لا يتسهل البحث فى السرة وتترك واسطة امكان تخليص الاحشاء من الدم الحاقن لها احيانا واذا حصل التنفس صارت الدورة المشيمية غير نافعة بالكلية اما اذا قطع الحبيل قبل ربطه فانه يتيسر الذهاب بالطفل للوضع المناسب له ومراعاته اذا كان مريضا والبحث فيه مع غاية ما يراد من الانتباه ومع ذلك ينبغى ان يعترف بانه اذا لم يكن فى الطفل شئ مخصوص يستحق الانتباه لم تكن احدى الطرق تمتيز فى الحقيقة انفع من الاخرى الا بشئ يسير وللطبيب ان يختار منهما ما يراه حسنا بدون ان يؤثر ذلك شيأ فى النتيجة الحقيقية للعمل

(الفصل الاول)

(فى قطع السرة)

محل القطع اصطلاحى فعلى رأى جلوس وغيره وما تختاره عجائز النساء يلزم ان يقطع طويلا فى الصبيان وقصيرا فى البنات وقال دولورى يحفظ منه من سبعة قراريط الى ثمانية ليتيسر تجديد الرباط اذا احتيج اليه انتهى فاذا قطع لاربعة قراريط او خمسة من السرة من غير اعتبار بعد او قرب للمشيمة فذلك لاجل ان يتيسر فعل الرباط بعيدا عن البطن بمسافة ما ولا يحصل من حجم الباقى من الحبيل عائق لذلك ويصح ان يستعمل لهذا القطع اى آلة قاطعة كانت فاذا اختير لذلك مقراض فذلك لانه اسهل من المشرط ثم ان الآلة الصادمة وان لم يتولد منها عارض مخيف كالتيتنوس مثلا وان ظن ذلك بعضهم الا ان من المعلوم انها لا تستعمل الا فيما اذا لم يكن هنالك ما هو احد واسن منها ومن جهة اخرى ليس هنالك منفعة فى تمزيقه او رضه اى هرسها وقطعه بمنشار

كما اوصى بذلك بعض المؤلفين اتباعا فى ذلك لما يقرب للحيوانات ذوات الاربع حتى وان اريد الاستغناء عن الرباط

فاذا قطع الحبيل ينبغى ضغطه بين الابهام والسبابة اذا كان فى الدم ميل للسيلان ويحفظ مؤخر الجنين بالاصابع الثلاث الباقية وتوضع اليد الاخرى تحت منكبيه وقفاه ثم يبعد عن سرير الطلق ويوضع فى العادة على ركبتى شخص لحفظه وحينئذ فيمكن ان يبحث فيه برواقة وخلو بال وقبل وضع الرباط ينبغى ان يتحقق انه لم يكن مع الحبيل شئ من العرى المعوية خرج من السرة وانه ليس هناك فتق سرى فاذا كان هناك فتق يجتهد فى رده وادخاله اولا ثم ان لا يدخل فى الرباط الذى يفعل فى الحبيل كما وقع ذلك مرارا والمثانة ايضا قد تختنق اذا امتدت الى الحبيل ولذلك العارض ينسب بعض النواصير البولية الخلقية فى السرة

وفى زمن ارسطاطاليس وفورنير كانت عادة القوابل ان يدفعوا لبطن الجنين الدم الذى فى الحبيل قبل ان يربطوه وزعموا فى ابتداء هذا القرن انهم بهذه الواسطة يعطون القوة والشدة للاطفال الضعيفة ورأى سوسروت انه يلزم دفعه نحو المشيمة قبل ربطه ورأى آخرون ومنهم رؤساء اطباء العرب كالرازى عكس ذلك اى انه يلزم اخراج هذا الدم مع احتراس كبير لا ان يدخل الى الباطن ومن اللازم ايضا ازالة ما هو كالمادة المخاطية او اللينفا المندية للحبيل بان يمر عليه بالاصابع عارية او ملتفة بخرقة لانهم نسبوا الاحتباس هذه المواد خاصة انتاج الجدرى وقشور الرأس السعفية والتينوس والتشنجات وظن لوفريت ان بازالة هذه السائلات يحترس من يرقان المولودين اقله اليرقان الشبيه بالكدم لكن هذا الرأى غير قوى فلا حاجة لنا باطالة الكلام فى معارضته

(الفصل الثانى)

(فى رباط الحبيل)

اما ربط الحبيل فاشار دولاموت وجلوس بان يفعل بعد قيراط من البطن ولوفريت ودوفنتير بعد اصبعين من اصابع اليد وقيل ثلاث او اربع او خمس

اوست بل واثنى عشر من البطن اقوال والعمل عندنا على اربع اوخمس واشار بعضهم بعمل رباطين ويكون اقربهما للبطن اقل شدا من الآخر ثم تارة يوصون بشده جدا وتارة بقلة شده ومنهم من اكتفى بلفة واحدة وعقدة بسيطة ومنهم من قال بلفتين وعقدة مزدوجة وقال دبرزموس وبلاذك تفعل اولا لفة وعقدة ثم يثنى الحبل على هيئة عروة لتفعل عقدة ثانية وقال دولورى يقطع الحبل حالا بدون ربط ثم تعمل ثلاثة اربطة متباعدة عن بعضها ودانمان قال برباطين لكن بعد ثلاثة اصابع من السرة وبربوت وضع رباطا بعيدا عن السرة بخمسة اصابع او ستة من اصابع اليد قبل ان تخلص المشيمة من المرأة ورباط ثان بعد ذلك باربعة اصابع ليقطع الحبل بينهما والجراح مرتان لماشبه الحبل بالشرايين المريضة التى يراد انسدادها بعد الولادة وان كان هذا التشبيه غلطا قال انه يؤخذ حبل مبروم لامسطح ولا بد ان يكون الربط بعيدا عن البطن بمسافة بحيث لا يكون الطفل معرضا لخطر وضع الربط على حوية الاغشية المحللة التى تتقدم قليلا على اصل الحبل وهناك من لم يستعمل الاشريطا من خيط ومنهم من استعمل كل ماوجده ثم يسأل ويقال هل هذا الرباط ضرورى ام لا

نقول لا يربط هذا الحبل عادة فى حيوان من الحيوانات غير البشر فاذا شوهد بالتدقيق ما يحصل بعد الولادة وجد ان الضربات الشريانية تضعف ثم تزول حالا بالكلية من الحبل مبتدأ ذلك الضعف من المشيمة ويمكن بعد بعض دقائق ان يقطع بدون ان ينتج منه ادنى نزيف وهذه الظاهرة العظيمة الاعتبار التى تنسب لتغير اتجاه الشرايين الحرقفية وللتعب الذى يحصل للدم فى مروره فى الاورطى من القناة الشريانية وفى الحبل من الشرايين السرية تحصل دائما اذا حصلت تلك الاشياء على حالتها الطبيعية وتنشأ فى الحقيقة من كون القوة الجاذبة للمشيمة تبدلت بقوة عضو التنفس اى الرئة ومن كون الخلاص صار جسما خامدا لا فعل له خاليا من الحيوية وان للدم تركه كما يترك طرفا مغنغرا اوشخصا مخنوقا * وهذا امر غريب خارج عن كل تغير ميخانيكى

في انتظام

فى انتظام الاوعية بحيث انه كما قال ويزال اذا فتح بطن حيوان عند نهاية تمام اشهر حمله شوهد ظهور ضربات الحبيل وبقاؤها ما دام الجنين حيا بدون تنفس وتنقطع متى دخل الهوآء باطلاق فى الرئتين وقد شاهد بكلار مثل ذلك فى الكلاب وشاهد المؤلف فى النوع البشرى جنينا كانت مدة حمله ستة اشهر وهو ملفوف باغشيته وبقيت شرايينه السرية على ضرباتها بقوة ما دامت الاغشية غير منفجرة ثم سقطت فى الخمود حينما لامس الهوآء الخارج الرئتين والصدر وحصل بعض حركات تنفسية ومن الذى لم يشاهد ايضا سيلان الدم ووقوفه من ذاته فى الجنين الواحد على حسب كون تنفسه خالصا او متعطلا

ومهما كان توضيح هذه الظاهرة اذا ترك الحبيل ونفسه بدون ربط فالغالب ان الجنين لا يكون معرضا لشئ من الانزفة ولا من العوارض بل ولو قطع او تمزق بدون ربط وامثلة ذلك عند المؤلفين كثيرة وتجريباتهم فى ذلك واضحة تؤيد ماقلنا حتى ان بعضهم نسب التيتنوس الذى يحصل للمولودين جديدا لهذا الرباط لكن من حيث انه قد يحصل عكس ذلك وانه يكفى ان يكون الصدر منضغطا جدا حتى يتعب فعل بعض الاعضاء بحيث يكدر الدورة العامة ويسمح للدم ان ينفذ من السرة وانه ذكر ان اجنة ماتوا بالنزيف فى خرق بهن لان الحبيل كان ردىء الربط وان الرباط لا يحصل منه خطر اصلا ولا يكون فيه تعسر ينبغى ان لا يترك ذلك الربط بل يلام على من تركه حتى اثبت دانيال ان تركه خطر دآئما حتى بعد التمزق وذكر موريسوس ان ارتخاء الربط سبب نزيفا مات منه الجنين بعد يومين وذكر غيره نظير ذلك ومات الجنين بعد ثنتى عشرة ساعة وبالجملة فهنالك امثلة كثيرة تثبت منفعة الرباط

ثم ان الحبيل السرى سوآء ربط اولم يربط لابد وان ينفصل من البطن من محل واحد اعنى من محل اتصاله بالجلد بعيدا عن سطح البطن ببعض خطوط
* قال المؤلف وانا اكتفى دآئما بان افعل اولا لفة واحدة واشدها كفاية بعقدة بسيطة لتنسد بذلك الاوعية ثم اذهب بطرفى الخيط الى الخلف واصالبهما

هنالك لا تنتهيان الى الامام واثبتهما بعقدة من دوجة اشد هازيادة عن الاولى
وانما التزمت تلك الطريقة لانها بسيطة وما حصل عقبها مني عارض اصلا
لكن اذا كان الخيط غليظا فعلت ما قاله ديزرموس وبلانك لزيادة التأكيد
اى اقلب الحبيل بعد العقدة الاولى على هيئة عروة لا دخله فى لفة ثانية للخيط
وبعض الممارسين وضع ماعدا ذلك الرباط رباطا آخر على الطرف المشيمى
للحبيل حذرا من حصول النزيف من جهة المرأة كذا قالوا لكن اذا تذكرت
ماقلناه فى الاوعية الرحمية المشيمية علمت ان هذا الاحتراس عديم النفع
والفائدة ولا ينفع الا فى حالة التوءمين بل يلزم ايضا لذلك فيهما ان تكون اوعية
احدى المشيمتين متصلة باوعية المشيمة الاخرى كما شاهد ذلك بعضهم * وذكر
-ميلى ان ربط الطرف المشيمى فى الحمل البسيط غير نافع ووافقه على ذلك الطبيب
لوموان مع انه يقول ان هنالك اتصالا حقيقيا بين الام والجنين وميلوط القائل
بذلك ايضا ذكر ان ربط الطرف الرحمى من الحبيل يعين على تخليص المشيمة
بمسكه الدم فيها فتحتقن فيظهر فعل الرحم بسهولة عظيمة واما من جهة
التوءمين فقد شوهد مجيئهما حيين وبينهما ثمانية ايام مع انه لم يربط طرف
الحبيل فى المولود الاول وكذلك فى توءمين آخرين بينهما تسع ساعات بدون رباط
وبدون نزيف فقد ظهر لنا من المشاهدات ان الرباط ليس لازما لهما ماعدا
الحالة التى ذكرناها وهى نادرة جدا واتفق فى ولادة ثلاثة توآئم ان الطبيب
كلومبوس حقق عدم النزيف رأسا من الطرف المشيمى للحبيل مع ان الطبيب
صار يقطع حبيل كل جنين خرج وجاءت الثلاثة احياء

(القسم الثانى)

(فى تنظيف الطفل)

لا حاجة لنا بان نشتغل هنا بان الذين سبقونا هل كانوا يزيلون الطلاء الدسم
الذى يغطى جلد الجنين عند ولادته او لا يزيلونه ولا ان نبحث فى ان هذا الطلاء
هل هو نتيجة افراز دهنى كما هو رأى ريشران ومعظم الفسيولوجيين الآن
لا انه رسوب من بعض العناصر الموجودة فى المياه كما قال بذلك الاطباء

الكيماويون وكما هو رأي فوكاين وانما نقول مخالفين لديوري وغيره ان الانفع ازالته واذا كان قصد الطبيعة ابقاءه فلاى شئ تزيله الغنم والبقر وكثير من الحيوانات عن اجنتهن مع غاية الانتباه وقت ولادتهن نعم نعلم انه اذا ترك لم يحصل منه اخطار ثقيلة وانه يزول بنفسه بعد بعض ايام بعلوقه بالثياب او بسقوطه مع البشرة الحاملة له حين يتعرى عنها الجلد في الاسابيع الاول من الحياة ولا نرى ان لوجوده تأثيرا عظيما في تولد شور الحصمة السعفية التي تصيب الرضع وتسمى بقشور اللبن ولا في غير ذلك فبموجب ذلك لا يلزم ازالة جميعه بالكلية بحيث لا يترك شئ منه اصلا كما انه لا ينبغي ان يترك الا في المحال التي يكون التصاقه بها متينا بحيث تعسر ازالته منها

فاذا مسح الجنين بخرقة بحيث لم يحك جلده بها احتكاكا قويا طويلا مكررا خوفا من حصول خطر بذلك كما يحصل احيانا كفى ذلك لكن لابد وان يبقى من ذلك الطلاء شئ في محال مختلفة من الجلد وليس من الحسن الناجح ان يغمس الطفل في حمام من ماء فاتر الا اذا كان ذلك ماء لعابيا او صابونيا وينبغي اولا ان يحلل ذلك الطلاء بقليل من زبد طري او زيت او جسم دبق او شحم حلو من اي نوع كان والاحسن من ذلك مح البيض فان ذلك يصيره قابلا للمزج بالماء واذا استعمل لذلك ماء قليل الصابونية فلا بأس ولا خطر فيه غير ان غيره احسن منه والمحال التي يوجد فيها هذا الطلاء الدسم بكثرة هي ثنيات الاطراف والرأس والعنق فاذا انفصل جيدا عن الجسم نظف ذلك الجسم بلطف بخرقة جافة وبعد ذلك يمكن اتمام التنظيف بان يمر على الجلد مرورا لطيفا باسفنجة طرية مبلولة اولا بماء فاتر او ماء ممزوج بقليل نبيذ ثم بها جافة ليخلص من الدم وغيره من المواد الملونة له واما ما امر به ديونس من الغسل بالنبيذ الاحمر فاقول انه غير نافع * قال المؤلف ومن الناس من يقول بغمس الجنين كله في حمام ولا ادري لاى شئ يرفض الطبيب المولد ذلك اذا رضى اهل الجنين به واني اذا اهملته فذلك الا لكونه يستدعي طولا ولا يستحق الاهتمام الذي نسبه له بعض المولدين * ولا ادري ايضا كيف انتصر بعض المؤلفين

لاصطلاح القبائل القديمة الجرمانية والبريطانية والاغرونلندية وغيرهم حيث اوصوا بغمس الطفل فى الماء البارد اوالجليد بل تقليبه ايضا فى الثلج بعد ولادته حالا كما يظهر ان ذلك مستعمل ايضا عند الموسقوبيين مع ان قوة بنية هؤلاء القبائل انما هى ناشئة من تدبير اغذيتهم وممارستهم للاعمال المنهمكين فيها فاذا لم يشاهد فيهم اطفال ضعاف رقاق فليس ذلك لكون الاستحمام البارد لهم افادهم قوة وصحة جيدة وانما لكون الاطفال الضعاف فيهم لا يلبثون قليلا حتى يموتوا واما الاطفال الاقوياء فيقاومون ذلك ويتحملونه كيف وقد علم من بحث بعض العلماء ان مزاج الهواء البارد المستولى على البلاد الباردة يزيد فى موت الاطفال المولودين جديدا ولقد كان هذا العمل دليلا طبيعيا عند القبائل الذين لا يريدون فى جمهوريتهم الا اناسا اقوياء ويعتبرون ان ضرر الضعاف عندهم اكثر من نفعهم فيعملون هذا العمل لاجل ان لا يعيش لهم الا الاقوياء واما عندنا الآن معاشر البلاد المتمدنة فان الرجال الاقوياء ليسوا وحدهم هم الذين يقومون بالاعمال المهمة ولا يسامح لنا فى ان نهمل حياة شخص مادامت فيه اماراتها وان جميع الاطفال سواء كانوا اقوياء اوضعفاء متساوون فى المراعاة والحفظ من اقربائهم ومن المجامع البشرية

ثم ان الاستحمامات الدوائية والكحولية والمقوية التى كانت تستعمل فى زمن ابن سينا وفوزنيير يظهر لنا انها قبيحة غالبا فان كانت قوية كان فعلها انها تزيل من الجلد رخاوته وتتعب حركة انبساط السائلات وربما ولدت عوارض ثقيلة جدا فان كانت تلك الاستحمامات ضعيفة كان اقل مافيها انها غير نافعة ولا تستعمل الا اذا احتيج لان ينبه الطفل تنبيها عاما لتنطبع فى وظائفه الضعيفة قوة عظيمة ففى ذلك لا تأمر الا بالغسل والاستحمام بالماء الفاتر لا غير

(القسم الثالث)

(فى تقميط الطفل)

الطفل بعد ان يغسل ويمسح ويجفف يستدعى ايضا بعض احتراسات فينبغى

ان الطبيب

ان الطبيب المولد هو الذى يتولى اول لبس له ويراعى خصوصا وضع رباط البطن ورفادة الحبيل وشكل هذه الرفادة بالنظر لذاتها قليل الاهتمام فذكر بودلوك انها تزوج اى تثنى بجميع حافتيها على بعضهما ويقرض من حافتها المثنية بالمقراض فى مرة واحدة نصف هلال عميق ثم يشق احد نصفيها مبتدأ بالشق من هذا الثقب الحاصل من القرض الى حافته الخالصة ثم يوضع جذر الحبيل اى اصله فى الثقوب الناتج من ذلك وجزؤها المصمت اى الغير المشقوق يبقى من الاسفل ونصفا جزئيها المشقوق يقلبان ويصالبان من الامام ويعمل فى اخرى مثل ذلك ويوضع الكل على الجزء العلوى الايسر للبطن وذلك احسن من الايمن بسبب وجود الكبد ثم تؤخذ رفادة ثانية مسترخية مربعة تغطى الاولى ويحفظ الكل برباط عرضه من ثلاثة اصابع الى اربعة وطوله يكفى لان يلف على البطن لفة ونصف لفة ويثبت ذلك الرباط نحو احدى الخاصرتين بدبوس لا فى وسط البطن فبذلك لا تحصل منه الاخطار التى نسبها له بعض الاشخاص وليكن ذلك الرباط بين الشد والارتخاء فانه اذا كان مشدودا كان مؤذيا وان كان مرتخيا انزلق من محله وصار غير نافع وهذا الجهاز الصغير الذى غايته التحرس من انجذاب الحبيل وملازمة ملامسته للجلد يلزم ان يحفظ الى سقوط الحبيل بل ينبغى ايضا ابقاؤه بعد ذلك بعض ايام او اسابيع بل اشهر اذا كانت السرة بارزة جدا او خيف حصول الفتق السرى والغالب فصل الحبيل من السرة فى نحو اليوم الخامس لكن هناك اطفال ينفصل منهم فى اليوم الثانى وفى آخرين لا يحصل ذلك الا فى التاسع او العاشر والجفاف يبتدأ فى الطرف الخالص كما شاهد ذلك بليار واورفيلا والمادة الدبقة التى تنديه تجف فتضيق على الاوعية فتصير هذه كانها مختنقة بها الا بالبشرة كما ظن ذلك غرديان فترجع تلك الاوعية الى عنيق يأخذ فى الدقة تدريجيا ثم لم تلبث قليلا حتى تنفصل عن الاجزاء الحية فما ذكره المؤلفون من الغنغرينا والتضايق والالتهاب والتعفن وغيرها انما هى ظاهرات عارضة لا سبب لسقوط الحبيل واذا بقى بعد سقوطه جرح صغير التحم من ذاته عادة فى اليوم الثامن الى الثانى عشر واما المراهم والمياه التى تأمر بعض

القوابل بها الاجل سرعة التحامه فغير نافعة بل تنتج نتايج مخالفة لذلك وانما يكتفى بتغطيته بخرقة جافة رقيقة اوان يرش عليها قليل من الدقيق اومن مسحوق الليكوبود

وقبل اف الحبيل بما ذكرنا تشرع القابلة فى لبس الجنين وتغطية رأسه وذراعيه وصدره * هذا وقد هجر الآن فى الاور باما يسمى بالقماط الذى لم يزل الى وقتنا هذا مستعملا فى بلادنا فنرجو من الله ابطال هذه العادة القبيحة من تلك البلاد كما بطلت من بلاد غيرنا وكاد ان لا يكون لها ذكر فيها مع ان بعض الاطباء السالفين مثل لوفريت وغيره ذكرها وشرحها فكنت تجد الطفل المقمط غير متحرك كانه قطعة واحدة بحيث يكفى لرفع جملته ان يؤخذ من قدميه ولقد تغيرت هذه العادة الرديئة فى بلاد الانقليز تغييرا كليا بحيث صاروا يستعملون الآن فسطانا طويلا على هيئة كيس من صوف ناعم يخدم ذلك عندهم بمنزلة قماط الطفل واما فى فرانسا فيلبسونه ايضا زبونا اى صديريا صغيرا من الصوف ثم ثوبا طويلا يثبت من الخلف بدبابيس ثم يلف بخرقة من قماش واخرى من صوف اوقطن ويصعد بهما الى الابطين ويكونان بحيث يحيطان بالصدر لفة ونصفا ويتصالبان من الامام فى جميع طولهما ثم يثنى الطرف منهما ليصل الى الجزء العلوى من الصدر ويذهب بزاويتيهما الى الظهر حيث يثبتان هنالك ايضا بدبابيس * وبالجملة جميع ذلك مفوض امره للنساء وسيما المتيقظات لمراعاة المرضى اكثر من الاطباء وانما اللازم ان يكون الطفل فى راحة سهل الحركة وان تكون الخرق المحيطة به مسترخية ويمكن ان تحفظه فى حرارة مناسبة ولا اعتبار بشكلها ولا بطبيعتها ولا بكيفية وضعها وانتظامها وما زاد عن ذلك فمتعلق باغراض عائلته والحاضرين عنده

(القسم الرابع)

(فى الارضاع)

اذا لزم ان يرضع الطفل من امه فلتعطه الثدى بعد الولادة باسرع وقت ممكن اما اذا اريد ارضاعه من غير امه فيمكن ان يمكث اربعا وعشرين ساعة بل ستا

وثلاثين

وثلاثين لا يأخذ فيها الا الماء المحلى بالسكر او ماء الشعير المخلوط باللبن ولا يعطى له ما كانوا يأمرون به سابقا اعنى ملعقة صغيرة من شراب الهندبا او زهر الخوخ فى زيت اللوز الحلو الا اذا لم يخرج منه العقى فى اليوم الاول او الثلاثة * واما ارضاعه الصناعى فينبغى ان يختار له من الوسائط الاباريق الصغيرة ذوات الطاسات الخفافية للعالم داربوس ويختار له ايضا لبن البقر الجيد وينبغى ان تكون المرضعة الغريبة سمراء او سمراء سحابية بلون القسطل لاشقراء وان تكون قوية لطيفة الاخلاق ودودة مرحية عمرها من عشرين الى ثلاثين ويكون زمن لبنها متقدما قليلا عن زمن لبن الام ولنذكر لك كلمات فى تشريح عضو الرضاع تتميما للفائدة

(الفصل الاول)

(فى تشريح الثديين)

الثديان عضوان غدديان تابعان لجهاز التناسل معدان لافراز اللبن والعمل المهم للثديين وصل ارباب علم الحيوانات ان يجعلوا فى رتبة واحدة جميع الحيوانات التى لها جهاز ارضاع ويسمونها بذوات الثدى والصفة الخاصة لهذه الرتبة هى ان يقال لها ذات ولاد اى انها تلد اولادا خالصة من اغشيتها الجنينية وهى مقابلة لذوات البيض مثلا ثم ان الثديين يوجدان فى الذكور وفى الاناث غير انهما فى الذكور فى حالة نشأة وضمور وعددهما فى الغالب اثنان وينذر وجود ثالث واما ما توهم فوق ذلك فانما هى فى الغالب حلمات اوكتل من منسوج دهنى وهما موضوعان على الجزء المقدم العلوى من الصدر واتساعهما عرضا فى النوع البشرى يعين على نموهما واما بقية الحيوانات فتشغل الاثداء فيها القسم البطنى ثم هما على جانبى الخط المتوسط فى محاذاة المسافة المحصورة بين الضلع الثالث والسابع قال بلوتارك وانما وضعا هكذا قرب الجزء العلوى من اليدين ليتيسر للام معانقة ولدها وحفظه عندما ترضعه وحجمهما صغير جدا فى الرجال مدة حياتهم وفى النساء الى وقت البلوغ ثم ينموان فيهن من هذا الزمن بحيث يكون هناك نسبة بين نموهما ونمو اعضاء

التناسل ويزيد حجمهما ايضا مدة الحمل كما قلنا ذلك فيما سبق ولاسيما بعد الولادة
ثم يضمران فى سن الشيخوخة وقد لا يكون حجمهما فى بعض الشابات مناسبا
لبنيتهن ولا لقوتهن ولا لمزاجهن وكذا العكس اى لا يندر ان تشاهد نساء
نحاف مسلولات ذات اثدآء عظيمة الحجم ولا ينبغى ان يشتبه عليك عظم الحجم
الذى يكون فى الغدة نفسها بما يكون فى المنسوج الدهنى فلذا ليس دآئما عظيم
الحجم هو الذى يجهز لبنا اكثر اذ قد يكون العظم من نمو المنسوج الدهنى
مع كون الغدة صغيرة والغالب ان الثدى الايسر يكون اعظم من الايمن
وشكلهما كنصف دآئرة يعلوها نتو يسمى الحلمة والجلد المغطى للثديين رقيق
وتوجد حول الحلمة هالة وردية فى البنات الصغار ومسمرة فى اغلب النساء
اللاتى ولدن اولادا وفيها خشونة ناشئة من كثرة الغدد الدهنية التى تفرز
مادة شمعية لحفظ الثدى من تأثير لعاب الطفل تأثيرا مهيجا وحقق مرجانى
وغيره مشاهدة خروج لبن منها لكن اذا لم يكن هذا غلطا يلزم ان نقول ان قناة من
القنوات اللبنية انفتحت فى جانب غدة من تلك الغدد الصغيرة ولون الحلمة
وردى او اسمر وهى خشنة وقابلة للانتصاب وكل من شكلها واقطارها يختلف
باختلاف الاشخاص فتكون اسطوانية او مستديرة او قصيرة بحيث لا يتيسر
للطفل مسكها بشفتيه وفى هذه الحالة الاخيرة تكون ايضا منبجسة ويشاهد
فى مركزها انخفاضات كثيرة او انخفاض واحد تنفتح فيه القنوات اللبنية
بفوهات كثيرة ويوجد فى الحلمة ايضا عدد كثير من اجربة دهنية تكون
على هيئة حدبات يحفظ المنفرز منها الحلمة من السلخ الذى قد يحدث من مص
الطفل ومن لعابه

تركيب الثديين * يدخل فى تركيبهما نوعان من الاصول الاول منسوج الغدة
الثديية والثانى المنسوج الدهنى

الغدة الثديية * اذا خلصت من الشحم المنغمسة فيه تكون على شكل كتلة
مفرطحة من الامام الى الخلف سميكة فى مركزها اكثر من دآئرتها التى هى
مشرذمة بدون استوآء غير انها محدودة متميزة من الانسية اكثر من الوحشية

وقاعدتها مفرطحة فيها تقعر يسير وتستند على العضلة العظمية الصدرية وقد تستند احيانا من الوحشية على العظمة المسننة وهناك صفيحة ليفية متصلة بالصفاق السطحى تفصلها عن هذه العضلات التى لا تنضم بها الا بواسطة منسوج خلوى مصلى متخلخل جدا وذلك هو السبب فى كونها عظيمة التحرك والسطح الجلدى للغدة غير مستو ومحفور بخلايا مملوءة بمنسوج دهنى يستر عدم التساوى الذى فى ذلك السطح وهذه الغدة بالنظر لمنسوجها الخاص اكثر كثافة من منسوج اغلب الاعضاء الغددية فينبغى دراستها فى مدة الارضاع وخارج مدة الارضاع

ففى خارج مدة الارضاع يكون منظرها كمنسوج ليفى مندمج جدا مبيض اللون منقسم الى فصيصات غير متساوية تشبه بعض الاورام الليفية التى تنشأ فى الرحم ولا توجد فيها الهيئة الحبوبية المخصوصة بمنسوج الغدد بكيفية محسوسة * وفى مدة الارضاع تظهر الهيئة الحبوبية فتشاهد تلك الحبوب حسبما قال كروفليير منضمة الى عناقيد صغيرة اوفصوص مسطحة موضوعة على بعضها وتذهب من كل عنقود صغير قناة دافعة تعرف بلونها الابيض ويسهل حقنها وتحصل من انضمام عدد كثير من اصول مناسبة فى العدد للحبوب الغددية قال هذا المشرح الماهر ولقد شرحت مع غاية الاحترا س ثدى امرأة كانت ولدت عن قريب وكان منسوجه الخلوى الضام للحبوب الغددية مرشحا بمصل واصيبت الغدد نفسها بذلك الارتشاح ايضا فرأيت القنوات اللبنية محتقنة بلبن متجمد مصفر ورأيت الحبوب كان بعضها منعزل ذو عنيق وبعضها متراكم على بعضه على هيئة عناقيد منتظمة اوغير منتظمة ورأيت احد هذه العناقيد بهيئة دائرة ويخرج من حبوب هذه الدائرة قنوات دافعة تتجه من الدائرة الى المركز على هيئة اشعة وتجتمع كلها الى قناة دافعة عامة تكون مركزا لها ورأيت عنقودا آخر مستطيلا فيه انتفاخات مسافة فمسافة وفى مركزه قناة تقبل الفروع الصغيرة الآتية من كل حبة وكل حبة غددية لها تجويف مركزى واذا شوهدت بالنظارة المعظمة البسيطة توجد جدران

هذه التجاويف بهيئة اسفنجية وتوجد هذه الهيئة فى جميع الاعضاء الغددية
المنسوج الليفى الثديى * وماعدا هذه الحبوب يدخل ايضا فى منسوج الغدة
كمية كبيرة من منسوج ليفى وهذا المنسوج بعد ان يجهز لمنسوج الغدة غلافا
تاما يرسل فى سمكها ازواآئد تضم الفصيصات بعضها والصلابة التى توجد
فى الغدة تنسب لهذا المقدار العظيم من المنسوج الليفى الداخل فى تركيب
الغدة وقد يتفق ان لا ينمو من الغدة فى زمن البلوغ الا المنسوج الليفى وحده
وفى تلك الحالة قد يكتسب الثدى شكلا مشوها فيزول المنسوج الغددى
ويتحول الثدى الى كتلة ليفية متضاعفة الفصوص ظنوها احيانا سلعة
استحالت الى فساد

المنسوج الدهنى * الخلايا التى توجد فى السطح الظاهر للثدى مملوءة بكتل من
منسوج دهنى تفصلها عن بعضها الصفائح الليفية الممتدة من الغدة الثديية
الى الجلد وليس هنالك اتصال بين تلك المساكن الليفية المحتوى كل منها على شئ
من هذه الكتل وهذه الحالة توضح لنا كثرة الالتهابات والخراجات الثديية
المحدودة ثم ان النمو فى احد المنسوجين اى المنسوج الدهنى ومنسوج الغدة
يكون على سبيل التعاكس للآخر وينسب لهذا المنسوج الدهنى ما يشاهد
احيانا فى بعض الرجال من عظم نمو الصدر وهو على رأى هالبر يدخل كاصل
ذاتى فى تركيب الغدة فانه قال رأيت من القنوات اللبنية ماهو ناشئ
من المنسوج الدهنى

القنوات اللبنية * اذا قطع ثدى امرأة تمت مدة الارضاع شوهد خروج اللبن
من نقط كثيرة وكأنه خارج من مسام اسفنجة وتلك النقط هى محل قطع القنوات
اللبنية الدقيقة المبيضة المشفة قليلا وهى القنوات الدافعة للغدة وتنشأ من
الحبوب الغددية وربما نشأ شئ منها على رأى هالبر من المنسوج الدهنى
وتنضم على التوالى كانضمام الاوردة فتجتمع من الدائرة الى المركز وتنفذ
فى سمك الغدة لتنضم بعدد كثير من القنوات التى توصل لمركز هذه الغدة
فى محاذاة الهالة فهنالك يعظم حجمها وتشاهد مكونة من متسعات اوتمددات

كبيرة بحيث لا يكون بينها خلو وعدد هذه المتسعات على رأى بعض المشرحين لا ينقص عن عشرين وقال كروفلبير مارأيت فيها اكثر من عشرة وهى انتصابية غير متساوية فى الحجم فاذا وصلت الى قاعدة الحلمة ضاقت وتسير متوازية حتى تنفتح فى طرف الحلمة بفوهات اضيق من القنوات نفسها فيصح ان تعتبر تلك المتسعات بمنزلة مخازن متعددة اذ ليس للغدة مخزن حقيقى ثم ان هذه القنوات اللبنية مخاطية سوآء فى الحلمة او فى محاذاة الهالة بمنسوج منسلخى يدل وجوده على حالة التنبه والانتصاب اللذين قد تتكيف بهما الحلمة وكذا انفراز السائل منها بهيئة نافورة من تنبه الثدى ولا يوجد فى الحلمة اثر منسوج مجوفى وان قال بذلك بعض المشرحين والقنوات اللبنية لا تتصل ببعضها الا فى جزء من سيرها ولا فى انتهائها القنوى ولا فى متسعاتها ولا فى اصلها كما يدل على ذلك حقنها بالزيبق او بمواد ملونة فالغدة الثديية كمعظم الغدد تنقسم الى جملة تمساكن متميزة عن بعضها وكل منها يتمم وظيفة مخصوصة * والحقن اثبت ما عدا ذلك ان القنوات اللبنية خالية من الصمامات واما تركيبها فغير جيد المعرفة وقد ذكروا لها غشاء باطنا تابعا للجلد فيلزم ان يكون مخاطيا وغشاء ظاهرا ليفيا ظن كروفلبير انه من طبيعة المنسلخ

الاوعية والاعصاب * شرايين الثديين تأتى اولا من الشرايين الصدرية وسيما الشريان المسمى بالثديى الظاهرى وثانيا من الشرايين بين الاضلاع وثالثا من الثديى الباطنى * واوردة الثديين زائدة النمو وتنقسم الى طبقتين احداهما تحت الجلد وهى ظاهرة تشاهد من الظاهر خلفه وثانيتهما عميقة تصاحب الشرايين والاوعية الليمفاوية متضاعفة وترجع للعقد الابطية وذكر القدماء من المشرحين ان هنالك اتصالا بدون واسطة بين القناة الصدرية والثديين واسسوا ذلك على مشابهة الكيلوس للبن فى اللون وهو اساس ضعيف * واعصاب الثديين تأتى من الاعصاب بين الاضلاع ومن فروع العصب الصدرى والصغيرة العضدية واما نمو الثديين فيؤخذ مما سبق وذلك انه لا يظهر الا فى الشهر الثالث بعد العلوق وعظمهما وقت الولادة يكون اعظم مما يكون

فى الادوار الآتية بعد و يحتويان حينئذ على كمية من سائل ابيض لزج واما عظمهما وقت البلوغ فلا يختلف فى الذكور والاناث الا فى اتساع الحلمة بالعرض وزيادة الجسم قليلا فى الاناث ثم نموان تدريجا فيهن حتى يصلا الى الحجم اللازم لهما فيما بعد و يتوافق نموهما مع نمو اعضاء التناسل والغالب انه يسبق واحيانا يعقب ظهور الحيض وكذلك نمو اثدآء الرجال يتوافق مع نمو اعضاء تناسلهم فى زمن البلوغ و يعظم هذا النمو فى بعض الرجال بحيث يتسبب عنه افراز اللبن وفى سن الشيخوخة تضمر الاثدآء واحيانا لا يوجد فى موضع الغدة الاقليل من منسوج ليفى قال كروفليير وقد شاهدت القنوات الهلالية فى كثير من عجائز النساء متمددة بمخاط منعقد مسود فى قوام الجلاتين بحيث تيسر لى تتبعها الى اصولها الدقيقة جدا

(الفصل الثانى)

(فى عيوب التكون فى الثدى)

قد تكون القنوات الدافعة للبن منسدة او معدومة بالكلية وقد تكون الحلمة غير منثقبة وقد لا توجد بالكلية وليس عندنا وسائط لعلاج هذه العيوب وقد تكون الحلمة صغيرة قصيرة وقد تكون غليظة طويلة ففى الحالة الاولى يمكن ان تكتسب الحلمة الاقطاء والمرادة بواسطة المص مدة من الزمن قبل الولادة او بعد الولادة حالا لكن هناك واسطة يظهر نجاحها ايضا وهى ان تدخل الحلمة مرات كثيرة متكررة فى عنق قنينة طيبة غمست قبل ذلك بقريب فى ماء حار فالهوآء المحوى فيها يكون اكثر تخلخلا من الهواء الخارج فمن ذلك يحصل فى الحلمة حالا نمو عظيم * وفى الحالة الثانية لا يمكن ادخال الحلمة فى فم الطفل الا بعسر شديد واذا لم يكن المص مستحيلا فاقله ان يكون عسرا واذا كانت الحلمة عظيمة النمو يكون الغالب سيلان اللبن بنفسه على الدوام الى الخارج بحيث لا يجد الطفل منه ما يكفيه للتغذية فيضطر لاكمال تغذيته بلبن البقر والغنم وقد شوهد ازدواج احدى الحلمتين وقد تكون الحلمة مبرومة وموضوعة على الثدى بحيث لا يمكن كشف فوهات القنوات اللبنية فيها

وقد

وقد يكون الثديان موضوعين فى وسط الصدر وصغرهما يقتضى منع افراز اللبن اوقلته وعظمهما المفرط يتعب الارضاع سيما اذا كان العظم ناشئا من تراكم الشحم فينزل من تلك الاثداء حينئذ لبن قليل غليظ يعسر هضمه وزعم قابرون ان هاتين الحالتين المتقابلتين لا تأثير لهما فى افراز اللبن لكن عندنا امثلة كثيرة يؤخذ منها صحة الرأى الاول وقد يكون عدد الاثداء ثلاثة او اربعة بل خمسة وقد تفقد بالكلية

(الفصل الثالث)

(فى الحلمات الصناعية)

الشقوق والسلوخ فى الحلمة وكذا عدم وجودها بالكلية وسوء تركيبها قد تحوج لاستعمال حلمات الاثداء الصناعية والطفل يمص اللبن منها بعسر فى اول الامر ولكن المرأة يقل تألمها وينتهى حالها بالشفاء فى زمن يسير وتركيب الحلمات الصناعية بلغ الكمال فى هذه الازمنة الاخيرة فصنعتها بباريس امرأة يقال له زوجة بريتون من مشيمة عين البقر التى هى مسترخية جدا ومرافقة للاطفال الضعيفة غير انها تهبط وتنخسف بسهولة بحيث لا يقدر الطفل القوى على مصها بشفتيه واما التى صنعها ساميرمن الصمغ المرن فهى ابسط واصلب غير ان الطفل كثيرا ما ينفر من منظرها ورايحتها واحسنها ما صنعه داربوس من خشب الخفاف وليس فيها عيب الاصلابتها اليسيرة وكونها سهلة الكسر

(الفصل الثالث)

(فى الطلمبة الثديية)

اذا كانت الحلمة الطبيعية قصيرة جدا ينبغى المبادرة باستعمال الطلمبة الثديية لاجل استطالتها وهى عبارة عن محجم له انبوبة طويلة يتيسر للمرأة نفسها ان تفرغها من الهواء بواسطة المص وطلمبة داربوس احسن عن طلمبة قطولى لان انبوبتها من الصمغ المرن المغطى بالحرير فيوجب ذلك تكون سهلة الانثناء واما غيرها من الطلمبات فمن زجاج

فاذا جاء اللبن بكثرة ينبغى ان يستعمل دهان الطبيب رنك المركب من اوقيتين من ماء الغار الكرزى وخمس واربعين قمحة من خلاصة البلادونا واوقية من الاثير وذلك احسن من ان يستعمل من الباطن ما امر به بعضهم من خلاصة القونيون والمناسب ايضا حينئذ استعمال بعض مسهلات ويستعمل من الاغذية البقول الجافة كاللوبيا والعدس مثلا مطبوخة

(القسم الثانى)

(فى عوارض الارضاع)

(الفصل الاول)

(فى شقوق الثديين)

المرضعة معرضة لعوارض تعرض من جهة الثديين فالتى تكون فى اول رضاعة ابنها تكون معرضة للشقوق اكثر من غيرها واحسن الدهانات المستعملة فى هذه الحالة هو ان تمزج اجزاء متساوية من الزيت وماء الجير ومما يناسب جيدا ايضا بلسم السامرى (وهو مخلوط مركب من نبيذ وزيت كانت تستعمله القدماء فى معالجة الجروح وخاصته انه يرخى الانسجة ويعدل بالفعل المقوى للنبيذ) ومثل ذلك ايضا مرهم الحور المسمى ايضا بمرهم الغرب بالغين المعجمة والراء المفتوحتين (وهو مركب من رطل من البراعيم الجديدة لشجر الحور ورطلين من الشحم الحلو واربع آواق من كل من الاوراق الجديدة للخشخاش الاسود والبلادونا والبنج وعنب الذيب الاسود وهذا المرهم مسكن فيوضع على البواسير وشقوق الثدى) وقيل ان احسن ما ينجح لذلك ازوتات الفضة لكن ينبغى ان ينتبه لاستعمال السليمانى الاكال بكمية قمحتين فى اوقية من الماء كما اوصى بذلك بعضهم

فاذا قطع الطفل الرضاع انقادت الشقوق للوسائط المناسبة سريعا بخلاف ما اذا لم يقطعه فان الغالب بقاؤها فالواسطة القوية لذلك هى استعمال الحلمات الصناعية ومع ذلك هنا لك مرهم استعمله المؤلف وغيره بمنفعة وهو مركب من كل من لعاب السفرجل بالكوول فى ثمان عشر درجة ومرهم الحور والمرهم

الابيض.

الابيض الاعتيادى الخالى عن الماء والعفص وتكون تلك الجواهر بكميات متناسبة حتى تكون فى القوام الاعتيادى

(الفصل الثانى)

(فى احتقان الثديين)

يحتقن ثديا المرضعة بكيفيات مختلفة فتارة يحصل فيهما بغتة تحدبات مؤلمة قليلا بدون ان يتغير لون الجلد ويظهر كان اللبن تحبب وترمل فى قنواته الخاصة وتارة يظهر الانتفاخ ببطئ ويكون فى الغالب اقل سعة ولكن يصحبه آلام وضربات وحرارة ووخز كما فى الاورام الالتهابية الحقيقية * ففى الحالة الاولى ينبغى تغطية الثدى باكياس محشوة قطنا او بخرق مسخنة ويقدم كثيرا للطفل ليرضعه فاذا لم يكف ذلك يمرخ بنصف درهم من روح النوشادر محلول فى صفار بيضة اما اذا كان الاحتقان مؤلما ايلاما حقيقيا فانه يلزم تغطيته بضمادات من بذر الكتان او من لباب الخبز ويعالج ايضا بوضع علق كثير بل وبالفصد ايضا وبقية المعالجة المضادة للالتهاب

(الفصل الثالث)

(فى التهاب الثديين)

الاحتقان اللبنى فى النساء اللاتى لم يرضعن ينقلب سريعا الى الالتهاب لكن لا يكون ذلك الا فى الايام الستة الاول او العشرة من ابتداء الرضاع اما فى غيرهن فيكون فيهن ممكن الحصول فى جميع مدة الرضاع وفى كلا الحالين يلزم فتح الخراج الناشئ عن ذلك باسرع ما يمكن واعمق ما يمكن * فاذا استفرغ ما فى الرحم بالكلية ورجعت على نفسها اعنى من ستة اسابيع الى شهرين جاء دور الطمث كما كان قبل الحمل فاذا ارضعت الام ولدها قام الارضاع مقام الطمث فى الغالب وهناك نساء لا يمنعهن استدامة الارضاع من الحيض فيحضن ولكن يحصل لهن تعب من ذلك

(الباب الثانى)

(فى الطفل حالة كونه مريضا)

قد يولد الطفل ضعيفا بل في حالة موت ظاهرى فلذلك تختلف الاحتراسات التى يستدعيها على حسب خطر وطبيعة العارض الموقع حياته فى الخطر

(القسم الاول)

(فى اسفكسيا الجنين اى اختناقه)

اذا لم يكن مع الطفل الا الضعف بدون ان يكون معه مرض حقيقى فانه يعالج كما قلنا قريبا فيحترس عليه غاية الاحتراس من البرد ويوضع قليل من النبيذ فى الماء الذى يستعمل لغسله اولتنظيفه ولا يفعل معه شئ مما يتعب نفسه

(الفصل الاول)

(فى اسباب الضعف)

قد يكون الضعف زائدا جدا فاحيانا لا يصيح الطفل ولا يتنفس ويكون جلده باهت اللون والدورة الدموية ضعيفة والقلب يكاد ان لا يسمع له ضربات فاذا لم تكن فيه الحرارة التى تحفظه وكانت حركات الشرايين السرية او العضو المركزى للدورة خفية كان لا بد من حصول الموت وهذه هى الحالة التى تسمى باسفكسيا المولودين جديدا واستحسن غردیان تسميتها بالاغماء وآخرون بقلة الدم * قال المؤلف لكن هذه الاحوال الثلاثة تختلف عن بعضها فى الواقع من وجوه كثيرة وان كان الاسم الاخير اقربها للمعنى * وتشاهد هذه الحالة على الخصوص عقب الولادة المستطيلة المدة اذا عملت عملية التحويل او ولد الجنين قبل تمام الاشهر او كان نحيفا قليل النمو او عرض نزيف فى مدة الطلق او قبله ببعض ايام وسيما النزيف الناشئ من اندغام المشيمة على العنق او الآتى بانبتاقه من عروق الحبيل السرى

فاذن يكون سبب هذا الداء اما عدم الدم حيث لم يصل للمخ ولا للرئتين بمقدار كاف لان يعطى للاعضاء قوة وفعلا واما عدم تنبه عضلات التنفس ويمكن فى بعض الاحوال ايضا ان يكون سببه وجود مواد مخاطية كثيرة جدا او ماء من مياه الامنيوس فى القصبة الرئوية كما زعم ذلك بعضهم وظن ديزرموس وغيره ان انضغاط الحبيل قد يسببه لكونه يسد ممر الدم فى الاوردة بخلاف

الشرايين فانها تكون قابلة لمروره فيها كثيرا او قليلا * قال المؤلف ولقد اريتك
فى محل آخر ما ينبغى ان يظن فى هذا الرأى فيظهر لى ان اسفكسيا المولودين
جديدا ينبغى ان يكون سببها هو ان دم الطفل لم يكابد فى اللحظات الاخيرة
من الطلق تنوعه المشيمى وانه انقطع عنه تعرضه لهذا الحال الشبيه بالتنفس
الباطنى الذى فى الانتظام الطبيعى يبقى مستمرا حتى يحصل بالفعل
التنفس الحقيقى

(الفصل الثانى)

(فى العلاج)

لا يكون ارجاع الحياة للطفل بتوجيه دم الحبل السرى نحو البطن كما قال
بذلك ارسطاطاليس ولا بان توضع على بطن الجنين المشيمة وهى حارة او مسخنة
على الجمر او فى النبيذ المغلى كما قال بذلك بعضهم ولا بان تحك الشفتان بقطعة
معاملة من ذهب كما كانت تفعل ذلك القوابل سابقا لاجل رجوع تلك القطعة
الذهب لانفسهم وكذا ما اوصى به سميلى من انه اذا عسر تنفس الطفل ونزل
الخلاص توضع المشيمة فى ماء حار وانما اول ما يفعل هو ان تزال المواد المخاطية
الخيطية التى قد تملأ الفم اما بالاصبع او بفرشة تكون جافة او تغمر قبل ذلك
بقليل فى محلول كلورادرات الصود اى ملح الطعام ومن غير النافع بل الخطر
ايضا قلب الجنين حتى يصير رأسه من الاسفل لتقهر المواد المحوية فى القصبة
على الخروج وكذا احداث تنفسه بواسطة انبوبة كما اوصى بذلك بعضهم
وانما وسائط العلاج هى ما سيذكر

الاول اعادة الدورة والحرارة للخلاص * اذا كان هنالك وجه لظن ان المشيمة
لم تزل حافظة لجزء من مجاوراتها الطبيعية للرحم وسيما اذا لم يزل فى الحبل
بعض ارتعاش وضربان جاز ان تتبع وصية لوفريت وسميلى وشوسييه وغيرهم
وهى ان لا يبادر بالقطع اما اذا رجعت الرحم على نفسها وزال التصاق الخلاص
بالرحم زوالا واضحا فانه يخشى حصول خطر من عدم سرعة فصل الجنين عن
امه * قال المؤلف واما ما شاهده الطبيب بنيت من كون الطفل يقارب الموت

عندما يضغط الحبل وتنتعش حياته عند تلاشى الضغط اى زواله عنه فيلزم
للوثوق به توضيحات مبين فيها جميع الاحوال فاذا فرض ان توابع الجنين
قاربت الخروج او خرجت بالفعل ولم يزل باقيا فى الحبل بعض ضربات كان
لا بأس بوضع تلك التوابع زمنا ما فى نبيذ ممدود بماء حار كما اوصى بذلك كثيرون
حتى فى زمننا هذا ؟ اما فى الاحوال المخالفة لذلك فاظن ان لا فائدة فى هذه
الواسطة

الثانى المحولات * قال واحيث كان من المهم ان يحفظ للطفل الدم القليل الباقى
له ينبغى ربط الحبل قبل قطعه فالجنين بعد ذلك حالا يخرج من عهدة الام
ثم يقرب للنار واضحة او يغمس الى ابطيه فى حمام فاتر يجعل منبها بان يضاف
عليه قليل من النبيذ او العرقى ثم يطبع فى الطفل اهتزازات خفيفة بان يقرع
ببطن الاصابع على صدره او ظهره او اليتيه ويضغط على صدره بلطف
كانه يراد تحريك الحجاب الحاجز وذكر وتزبنات ان بعض القوابل تنجح معه
مص الثدى الايسر للطفل بالفم او مص محال آخر من الصدر ويصح ان يبدل
الفم بمحجم فيحصل من ذلك على رأى ديزرموس منفعة جليلة لكونه ينبه فعل
العضلات لكن نقول ليس فى ذلك قدرة على ان ينتج كما زعموا انساعا حقيقيا
مجذا نسكيا فى الصدر انتهى * ويمرخ الصدغان ودائر الانف والجبهة وقاعدة
الرقبة والسلسلة بالاصابع مبتلة بماء الكلونيا او الكؤول او غير ذلك او يفعل
تمريخ جاف بفرشة خشنة وينبه باطن الفم والخياشيم بان يوضع فيه خل او عرقى
او سائل آخر مهيج او بمجرد بريشة فقط * قال المؤلف وقد استعملت بنجاح
تبعا لديزرموس جرعة من سائل كؤولى تمسك لحظة فى الفم ثم تقذف بقوة
على صدر الجنين بهيئة صب او غسل واستعمل ايضا مع النجاح دخان خرقة
وورقة محرقة يدخل فى المستقيم واذا وضع البصل او الثوم فى الشرج او الفم
وتحت الانف حصل منه نتيجة مثل ما ذكر تقريبا بل ذلك اقل خطرا
من روح النوشادر او الخل البكر لكون تأثير هذين كذلك سريع اذا لم يكونا
ممدودين بماء كثير ويضغط فى آن واحد بخفة على البطن والصدر لينبه الحجاب

الحاجز

الحاجز فينقبض وفى مدة تلك الاعمال يحفظ الطفل دآئما فى حرارة لان بدون
ذلك يبقى فعل بقية الوسائط فى الغالب ضعيفا غير قوى ويلزم ان يداوم على
العمل زمنا طويلا ولا يقلق من الاستدامة بل يزيد فى ذلك متى ظهرت
ادنى علامة للحياة والغالب ان النجاح لا يتم على يد الطبيب المولد الا فى نحو
نصف ساعة اوساعة اوساعتين وهذه الامثلة يؤخذ منها ان الاطفال الذين
تركوا وانهم كاموات مدة ساعات رجعت لهم حياتهم بواسطة درجة حرارة
المحل الذى وجدوا فيه وذكر بعضهم انه لم ينجح له ما عمله الا بعد ثلاث ساعات
الثالث النفخ * اذا لم تحصل نتيجة جيدة من الوسائط السابقة عمل النفخ الرئوى
سوآء كان بواسطة انبوبة ريشة اومجس امرأة اواى انبوبة كانت تدخل فى الفم
اوالخياشيم اوينفخ بالفم نفسه فى المجرى الهوآئى والانبوبة الحنجرية التى
اخترعها شوسييه ونوعها جليون من حيث ان منفعتها انها تتم وظيفة المزمار
الخالى بالكلية عن لسانه تكون احسن من الانبوبة المستقيمة للطبيب هيرلد
ولكن الاسهل من ذلك كله وجودا وفعلا هو مجرد مجس من صمغ مرن فيدخل
من الفم حتى يبلغ عمق البلعوم وفى مدة دفعه يحنى طرفه بالخنصر ليقهر على
الدخول فى الحنجرة لافى المرئ ومتى دخل تسد خياشيم الطفل وفمه ويشرع
فى النفخ وحيث ثبت بالتجربيات التى فعلها ونزلوف وشميت وبكلار وغيرهم
ان ماء الامنيوس يدخل فى المجرى الهوآئى حتى يصل الى الشعب مدة كون
الجنين فى بطن امه يجوز ان يكون من النافع تخليص القصبة الرئوية بالجذب
والمص لو بغير ذلك قبل ان يعمل النفخ لكن لم يزل عندنا تشكك قوى فى ذلك
وفيما تتخذ اساسا للعمل * وظن شوسييه وغيره اولا انه اذا نفخ بالفم كان الهوآء
الداخل فى رئة الطفل معيبا اومتغيرا فالاحسن ان ينفخ بمنفاخ ثم عرف
بعد ذلك ان هذه الاحتراسات غير نافعة وان الهوآء الذى يسخن فى رئة البالغ
سخونة لطيفة ويحمل رطوبة لطيفة يكون انسب لاعضاء المولود جديدا من
الهوآء الجاف البارد على ان هيرلد اثبت ان الغاز الخارج برد التنفس
اى بالشهيق فى هذه الحالة لا ينقص اوكسجينه عن الهوآء الجوى الاجزأ

مثينيا * وحيث كان من المهم ان الهواء يذهب فى الطرق الهوائية لا فى القناة الغذائية كان لا بأس بان يضع مساعديده على رقبة الطفل ويكبس بلطف على الحنجرة ويحفظها على مقدم فقرات العنق ليتسطح المرى باكمل ما يمكن من التسطيح * وفى الابتداء ينفخ ببطء كثير فاذا امتلأت الرئتان بحيث يخفضان الحجاب الحاجز ويرفعان جدران الصدر كما فى حالة اخذ النفس الطبيعى يوقف النفخ ويضغط بلطف على البطن والصدر لتوافق تلك الحركة حركة رد النفس ثم يعاد ذلك العمل بحيث يتم بذلك تنفس صناعى وقد بالغ بعض المؤلفين فى زيادة منفعة ذلك مع انه انما يكفى كفاية غير تامة فانه لم ينجح مع ديزرموس الا فى عدد قليل وعلى مقتضى تفتيش بعضهم انه لا يخلو عن الخطر اذا لم يستعمل بتدبير زائد بل اطلق بعضهم انه نادر النجاح وانه لا يخلو عن خطر يقينا وذلك لانه حيث كان الذى يعرض من الطفل اولا بذلك هو فعل عضلات التنفس لا فعل الرئة وكان المنال بالنفخ عكس ذلك يقينا نتج من ذلك ان الغالب وقوف الهواء فى التقاسيم الغليظة الشعبية بحيث يندر اندفاعه الى الخلايا الرئوية بدون ان يحصل منه امفيزيما اى انتفاخ ريحى يكفى وحده لان يسبب الموت

الرابع شق القصبة الرئوية * ذكره هيرلد بعد ان كان يعتبره خطرا مع انه ليس بانفع من النفخ البسيط فيلزم تركه بالكلية

الخامس الكهربائية والجلوانية * اوصى بهما كثير من المولدين ويمكن حصول نفع عظيم منهما سواء اعتبرنا فى معالجة الاسفكسيا واسطتين اصليتين او تابعتين فيوجه التيار لينفذ فى الصدر او من الفم الى الدبر * قال المؤلف وقد استعملت ذلك مرتين فلم ينجح معى مع انى استعملت حوضا من دوجلقيه عشرون زوجا معدنيا فكان فعل العمود قويا جدا واستعمل بعضهم فى الحيوانات الكهربائية الغرزية اعنى ان يضم فعل الكهربائية لغرز الابرة بان يجعل اتصال بين العمود الجلوانى والابرة المنغرزة فى الاعضاء وهذه الكيفية ربما كانت هنا اقوى فعلا بتأثيرها باستقامة على الحجاب الحاجز الا انها الى الآن لم تستعمل فى الاطفال البشرية

فاذا

فاذا نجح فعل ذلك ظهرت ضربات القلب والحبيل شيأ فشيأ وترجع للعضلات تدريجا متانتها الطبيعية ويتضح لون الجلد قليلا وتظهر الحرارة ثم لم يلبث الحال قليلا حتى تظهر حركات التنفس فتكون اولا ضعيفة غير منتظمة ثم تأخذ فى الظهور والانتظام شيأ فشيأ ثم يصيح الطفل وبذلك تتم نجاة الجنين * قال المؤلف ولقد تيسر لى ارجاع حركات القلب والتنفس فى نحو ثلاث ساعات بواسطة النفخ والجلوانية لطفلين مع انى كنت فى الاول عزمت على تركهما

(القسم الثانى)

(فى سكتة الاطفال المولودين جديدا)

الطفل بدل ان يجيء باهتا عديم الدم اوقليله قد يولد احيانا فى حالة عكس ذلك فيكون جلده احمر مزرقا اورصاصيا مسودا ولاسيما الوجه بحيث يظهر انه سميك وكأن الاعضاء صارت محلا لاحتقان عام والاطراف مرتخية غير متحركة ودورة الدم واقفة كلا اوبعضا ومع ذلك تشاهد العلامات الاخر التى ذكرناها قريبا

(الفصل الاول)

(فى اسباب سكتة الاطفال)

من المعلوم ان لهذا المرض درجات ويحدث فى الباطن تغيرات مختلفة ففى فتح الرمة يوجد غالبا دم سائل منصب بين اغشية المخ اوفى جوهر المخ نفسه واحيانا لايخرج الدم من الاوعية اولا يحصل منه الا قليل كدم فى اجزاء مختلفة من الجسم ولكن يكون كثيرا فى جميع المجموعات العضوية التى تكون فى الحالة الطبيعية كانها مملوءة ممتداة به * وتشاهد السكتة خصوصا فى الاطفال الاقوياء عقب ولادة شاقة طويلة وعقب وضع الجفت والولادة بالحوض سواء حصلت من ذاتها اوبالصناعة وكذا اذا بقى الطفل ساعات كثيرة معرضا لتأثير الانقباضات الرحمية مباشرة بعد سيلان المياه اوكان مجيئه بوضع ردئ اوكان كبير الحجم بحيث لايمر من الممرات بسهولة اوالتف على عنقه عروة من الحبيل اوانضغطت تلك العروة نفسها باى كيفية كانت ولاسيما اذا وافقت هذه

العوارض مع استعداد متقدم للامتلاء

ولما سببها القريب الواصل فهو انضغاط المخ او احتقانه وهذا لا يمنع كون عدم رجوع الحياة للدم سببا منتجا لها ايضا كما يكون سببا للاسفكسيا اى الاختناق فما زعمه غرديان من ان انضغاط الحبيل غير قادر على احداث الحالة السكتية وان كان يسبب الاسفكسيا بسهولة غلط

(الفصل الثانى)
(فى علاج السكتة)

اذا ولد الجنين بهذه الحالة فليبادر بازالة احتقان المجموع الوعائى فاذا عجل بذلك ولم يكن هنالك انصباب فى محل من الاعضاء حصل النجاح غالبا بسرعة فتزول الاعراض المخيفة اما فى عكس ذلك فالغالب حصول الموت لكن من حيث انه لا يمكن ان يميز من قبل الاحتقان البسيط عن النزيف المخى يلام على الطبيب المولد فى كونه لم يبذل للجنين فى جميع الاحوال نفس الاحتراسات التى يلزم فعلها اذا كانت الآفة فى غاية الثقل * فاذا كان سبب العارض ضغط الحبيل على الاوردة الوداجية لزم ان يبادر بحل لفاته او بقطعه اذا لم يمكن تخليص الطفل منها الا بذلك وفى احوال اخر يكون من الخطر ايضا انتظار صياح الطفل قبل ان ينفصل من امه او غمس المشيمة فى سائل حار فقطع الحبيل هو العلاج الاول الرئيس الذى يلزم استعماله ولا يربط الا بعد ان يزول كل عرض مغم لان منفعة هذا القطع هو ان يعطى للدم مسلكا سهلا ولاجل اعانة سيلان هذا السائل قد يضطر احيانا الا ان يضغط بلطف على الصدر والبطن بل وعلى الحبيل نفسه ويكون القطع بمقراض فى مرة واحدة فكلما سال الدم اخذ الطفل فى الاحياء وتبدل لون شفتيه الكامد بلون احمر اووردى ثم يزهو تدريجا ما حول الفم والانف وباقى الوجه وسطح الجسم ولم يلبث الحال قليلا حتى يرجع النفس وما هى بعض دقائق الا وقد زال كل خطر الا ان الدورة قد تبقى احيانا ضعيفة خفية بحيث لا يحصل نزيف من السرة اصلا فلذلك يضطر للاستعانة بالوسائط الموصى بها فى الاسفكسيا اعنى المروخات والاستحمامات المنبهة والنفخ

والكهربائية

والكهربائية ونحو ذلك ولما كان من اللازم ان يفقد الطفل شيأ من الدم حتى يرجع لتمام حياته كان اللازم ايضا اذا لم يسل ذلك من الحبيل ان توضع علقة خلف كل اذن ليزول بذلك احتقان المخ

فاذا رجع للاغشية المجللة اعنى الجلد والاغشية المخاطية لونها الطبيعى ورجعت الدورة لانتظامها الاعتيادى وتم التنفس يقينا وصاح الجنين وتحرك باطلاق يوقف النزيف اذا لم يقف بنفسه واما باقى العلاج فيكون كما اذا ولد الطفل بدون عارض اما اذا بقى بعض خدر فى الوظائف الرئوية والمخية كما يشاهد كثيرا سيما اذا لم يستخرج من الدم مقدار كاف فانه يلزم استعمال العلق ايضا ويكون هو الدواء الوحيد الذى يعول عليه اذا لم يعرض الاحتقان الذى هو نوع من السكتة التابعة الا بعد الولادة بست عشرة او اربع وعشرين او ثمان واربعين ساعة بل بعد ثلاثة ايام او اربعة كما شوهد ذلك

(القسم الثالث)

(فى عوارض مختلفة كنزيف السرة وجرحها والكسر والخلع والتصاق الشفتين وانسداد الشرج وصماخ البول وغير ذلك)

التزيف من السرة فى المولودين جديدا عارض ثقيل وسببه الاعتيادى هو عدم الرباط او ارتخائه او انقلاع الحبيل ويعالج ذلك بالضغط ويكفى لذلك عادة وضع كراة من تفتيك على محل خروج الدم ورفادة مثنية اربع طاقات ورباط يشد قليلا * فاذا بقى بعد سقوط الحبيل جرح صغير ذر عليه مسحوق الليكوبود او المغنيسيا او زهر الدقيق واما المرهم البسيط والمرهم الابيض للرازى والماء الزحلى فلا يناسب شئ من ذلك الا فيما بعد (المرهم الابيض للرازى يسمى مرهم تحت كربونات الرصاص وهو مخلوط جزء من تحت كربونات الرصاص مسحوقا بخمسة اجزاء من الشحم الحلو مذابة على حرارة هادية وهو من المراهم المجففة) وينبغى قبل ان يقمط الطفل ان يبحث باانتباه فى جسمه ليعرف هل فيه تشوه خلقى او كسر او خلع فان كان فى شفتيه او صماخه البولى او شرجه التصاق تعاد تلك الفتحات بالعمليات المناسبة * ويفعل مثل ذلك ايضا فى قيد اللسان

فيقطع بمقراض حال كون الجراح يرفع طرف اللسان بالصفيحة المشقوقة من المجس القنوى مع الاحتراس لان يكون القطع من الاسفل لامن الاعلى حذرا من اصابة الشرايين الضفدعية فاذا قدر الطفل على توصيل لسانه لحافة الشفتين وعلى مسك طرف الاصبع بهما كانت هذه العملية الصغيرة زائدة غير نافعة فلا ينبغى فعلها حينئذ اذ لا يتحقق وجود هذا القيد فى الاجنة الا اذا اشكت المرضعات من ذلك

(الفصل الاول)
(فى انخساف العظام)

انخساف العظم الجدارى او الجبهى مع كسر او بدونه شاهده كثيرا فى بيت الولادة بباريس شوسيه ودوجيس ولشبيل وشاهده المؤلف كثيرا وذكر ذلك فى مبحث التحويل والجفت وشاهده اندريه فى عظم الجبهة عقب استعمال الجفت وشوهد كسر الجدارى عقب ولادة شاقة ولكن يمكن ان يحصل انخساف بدون كسر وينبغى ان يخاف حصوله اذا بقى الرأس مستندا على الزاوية العجزية الفقرية ومعرضا زمنا طويلا لاعمال شديدة شاقة وكان المضيق كلوى الشكل والتزم الرأس العظيم الحجم قليلا ان يتشكل فى نفوذه من الحوض بشكل ذلك الحوض الذى يكون كقالب له وكمسحب يمر هو منه كما تمر السلوك فاذا لم يكن كسر العظام او انخفاضها مصحوبا بانصباب وجعت الاشياء الى وضعها الطبيعى بنفسها وتم الشفاء اما فى عكس ذلك فان الموت يحصل عادة او اقله ان ينتج من ذلك سبات خفيف وميل عظيم للتشنجات ثم ان الرأس بتشكله بهيئة المضيق الضيق يمكن ان يستطيل بدون ان تنبعج عظامه المكونة له او تتكسر لكن بحيث تتصالب حوافيها ويركب احدها على الآخر كثيرا او قليلا والغالب حينئذ ان ترجع بنفسها لموضعها الطبيعى بعد الولادة ويمكن ان تبقى ايضا متراكبة كما شاهد ذلك المؤلف ويكون ذلك على الدوام سببا للامراض وسيما الآفات التشنجية وليس للصناعة فى هذه الحالة كالتى قبلها دخل فى الشفاء وانما الامر موكول للبنية * ثم ان الجنين بمروره من الحوض

المذكور

المذكور يكون معرضا لخطر آخر فانه اذا حصل الضغط خصوصا على القطر القمحدوى الجبهى اندفع المخ لجهة مخالفة لاتجاه اليافه الرئيسة ويحصل فى سير الدم فى الجيب المستطيل تعب ظاهر والجمجمة حينئذ تستطيل والتنفس يكاد ان لا يتم كدورة الدم ايضا واذا افتحت الجمجمة يوجد المخ لينا وفيه انصباب دموى حول ذ ص فيه الكريين او على المخيخ وذكر الطبيب رادفور امثلة كثيرة من ذلك وقال ينبغى ان يبادر بقطع الحبل ويترك حتى يسيل منه دم كثير

(الفصل الثانى)

(فى الاورام الدموية)

هنالك عارض كثير الحصول ولكن من اللطف كونه اقل ثقلا من العوارض السابقة وهو هيئة انصباب او ورم يوجد كثيرا لكن بدرجات مختلفة اذا لم تمر الاجزآء من القناة الحوضية الا ببطئ وعسر ويشغل هذا الورم فى الغالب الجزء الذى يمسك فى فراغ الحوض مدة الطلق سوآء كان ذلك الجزء من الجمجمة او الوجه او المقعدة او المنكب او غير ذلك من اقسام الجسم او يشغل احد الاجزآء التى انضغطت زمنا طويلا بلا بشدة عظيمة على الزاوية العجزية القطنية او على العانتين ويكون ذلك الورم مكونا تارة من مصل محمر وتارة من دم خالص منعقد او سائل واحيانا من مخلوط من هذين السائلين وحجمه يختلف من حجم بندقة الى بيضة بل واكبر من ذلك ثم هو تارة يكون منتشرا وتارة محدودا واحيانا متموجا والغالب كونه مرنا عجينيا والعادة انه يزول بدون استعانة بشئ واحيانا يتقيح ويتحول الى خراج حقيقى يمكن ان يوصل لتعرية العظم الذى تحته اولتآكله وهو لكونه رخوا قابلا للانبعاج فى جزئه المركزى وصلبا متينا كانه مرتفع فى دآئرته كثيرا ما اشتبه بالكسر والانبعاج والفتق المخى وخيف منه حصول اخطار ليس هو اهلا لانتاجها

فاذا كان الورم صغير الحجم ترك ونفسه فيزول فى مدة اسبوع او اسبوعين ولا يبقى بعده الا مجرد كدم واذا كان عظيم الحجم جاز بل يلزم ان يعان التحليل بوضع رفائد عليه مبتلة بماء ملح او بنبيذ احمر او بعرقى ممدود بالماء او بالماء الابيض اى ماء

جو لارد اوبادوية اخرى من هذا القبيل فاذا كان تموجا وفيه الم قليل لزم ايضا الاجتهاد فى تحليله فاذا لم تكف هذه الوسائط المذكورة ابدلت بمحلول نصف اوقية من ادروكلورات النوشادر اى ملح النوشادر فى رطل من نبيذ احمر وهذا السائل الذى مدحه سيبدول واستعمله كثيرا بوايير فى الاورام الدموية التى فى الركبتين يزيل فى الغالب التجمعات التى يظهر لزوم فتحها فاذا لم تحصل من تلك الوسائط النتيجة المرادة ولم يزل التموج آخذا فى الزيادة لزم فتح هذه الاورام بالمشرط كما قال لوفريت ولا ينبغى التوانى عن فعل ذلك فى مثل هذه الحالة لئلا ينفصل جزء عظيم من الجلد عن ما تحته ويرق جدا ثم يغير عليه بالتفتيك مع المرهم الابيض اومع الضماد اعنى كما يغير على خراج او تجمع دموى اعتيادى والغالب سرعة شفاء الجرح بذلك وهذا الدآء فى المولودين جديدا لم يشتغلوا الا بدراسة ماوجد منه فى الجمجمة فاذا اطلق عندنا لم نعن به الا ذلك

وكثيرا ما اشتبه عليهم هذا الورم بالفتق المخى فلذلك اشار بعضهم بضغطه بصفيحة من قصدير تربط بقلنسوة الرأس وزعموا ان شقه سبب الموت فى طفل من الاطفال ومنهم من ادعى انه شفى بضغطه باسفنجة مع ان تلك المشاهدات انما كانت لاورام دموية لا لفتوق مخية ومثل ذلك ايضا مازعمه مشيل فتقا مخيا فانه كان شاغلا لليافوخ الخلفى وفرعى الدرز اللامى وانتهى بخراج وشفى ومن هذا القبيل مازعمه كذلك طريف ولودران مع ان مشاهدة الاول انما كانت ورما دمويا شاغلا لعظمى الجدارين وشفى بوضع المحللات ومشاهدة الثانى كان الورم فيها شاغلا للجدارى الايمن وزال بالعلاج المذكور

(المبحث الاول)

(فى انواع هذه الاورام واصنافها)

النوع الاول * قال المؤلف يظهر لى ان النوع الاول من هذه الاورام هو الذى موضعه بين الصفاق الجمجمى وجلدة الرأس وذلك هو ماشاهدته فى اربعة احوال فى البالغين وطلب منى فتحه وفى ثلاثة من المولودين جديدا شرحتهم

بنفسى وهذا النوع هو الاكثر وجودا بحيث يندر ان لا يشاهده طبيب مولد
اوجراح ويقرب للعقل انه ينسب له ما سماه بعضهم بالورم الدموى الظاهر
فى جمجمة المولودين جديدا وهو لكونه منفصلا عن العظام باغشية سليمة
ومحسوكا فى حدوده باندماج جلدة الرأس لا يحصل منه الا يسير خطر ولا يسبب
المااصلا ويزول فى الغالب من ذاته اومن فعل المحللات الاعتيادية والضغط
ومن النادر لزوم فتحه وقد يعمل فيه ذلك على حسب القواعد التى ذكرت
فى علاج الاورام الدموية عموما

النوع الثانى * هذا النوع من اورام الجمجمة يحصل عقب الولادة وهو الذى
سماه نجيل سيفاليماتوم وموضعه بين العظام وسمحاقها من الظاهر وعلماء بلاد
النمسا وايطاليا اشتغلوا بذلك منذ عشرين سنة الا انه كثيرا ما اشتبه عليهم
هذا الداء بالذى قبله ولم يتفقوا على اخطار كل منهما مع ان هذا اعرض اواقل
بروزا وله ميل عظيم للانفراش وليس دائما محاطا بدائرة بارزة كالاول
والتموج ليس ظاهرا فيه والغالب تغير العظم من تحته وينتهى حال السمحاق
بان يتكون منه له احيانا كيس متين واما بعض الصفات التى ذكرها زلير ونجيل
فتنسب للنوع الاول وحيث علم ان الحركات العنيفة التى تغير سمحاق العظم
بحيث تفصله عنه تسبب هذا النوع وتكشف العظام علم ان هذا النوع
قد يوصل لموت الطفل فاذن ينبغى ان يخاف من ان يتأكل جزء عظيم من العظم
ويسعى التأكل حتى يصل الى الام الجافية * قال المؤلف فلا ينبغى ان يغتر
الطبيب بمنظر هذه الاورام فقد اتفق ان طفلا عمره عشرة ايام اعرضته على
القابلة برونيت على اعتقاد انه مصاب بفتق مخى فلم اجد معه الا ورما رخوا
متموجا مغطيا للربع الخلفى من الجمجمة اعنى زاوية الجدارى الايسر وجزأ
من العظم الصدغى ومعظم القمحدوة مع الزاوية العليا للجدارى الايمن فترك
هذا الطفل بدون ان يفعل له شئ وحصل التحليل بسرعة فى مدة خمسة عشر
يوما ثم ظهر فى محال من جسمه نكت حمر ومن حينئذ قويت صحة الطفل وزالت
الدائرة العظمية التى تحد الورم بالكلية فى مدة اسبوع وبالجملة كان معه جميع

الاعراض التى نسبها المجيل لسيفاليماتوم الذى جعل موضعه بين الجمجمة وسمحاقها فمثل هذا التجمع العظيم لا يصح ان ينسب لذلك اذا كان موضوعا على العظام منكشفا ولم يكن من الابتداء منفصلا عن تلك العظام بالطبقة الخلوية التى سنتكلم عليها قريبا

والسبب الغالب لهذا الورم هو الانضغاط الغير المستوى الذى يحصل فى الجمجمة والتراكب الذى يحصل فى العظام عند مرورها فى الحوض مدة الولادة سوآء كانت تلك الولادة طبيعية او صناعية فان كان بودلوك نسب ذلك لوفوردم فى المخ فذلك ناشئ من كونه لم ينتبه الى انه كما يكون على الاجزآء المنضغطة يكون ايضا على الاجزآء التى تبقى خالصة بالكلية فى مركز المضيقين فيكون من غير النافع ان يفتش على السبب فى غير ما قلنا * فاذا لم يبرز المنسوج نفسه الذى تحت السمحاق يكون امتصاص السائل المنصب سهل الحصول والمعالجة المستعملة هنا هى كما فى النوع الاول فاذا فتح الورم نيل الشفاء بسرعة اذا لم يكن العظم متغيرا فان كان متأكلا اومنسوسا كان الخطر من ذلك غير خاف عليك وقد شاهد الطبيب فريد طفلا كان معه فتق مخى حقيقى فى القمحدوة وكان معه ايضا ورم دموى على كل عظم جدارى بين السمحاق والعظم كذا قال هذا الطبيب فكانت ولادة هذا الطفل شاقة وبقى رأسه مكابدا للتعب زمنا طويلا وادى ذلك لموته * قال المؤلف ولا اقول ان هذا النوع من الورم الدموى اكثر حصولا من غيره اولا لان الظاهر لى ان من المشاهدات التى ذكرت له ما ينسب للنوع الاول اذا لم تنسب للنوع الآتى وثانيا لان حالة المنسوجات فى الاطفال الذين شرحتهم بيدى اظهرت لى كيف يمكن ان يغش ويعد من التغيرات الاولية هذا التغير الذى لا يكون فى الغالب الاثانويا وثالثا لان الوريقة المقوية للسمحاق رقيقة قليلة المقاومة بحيث تتمزق قبل ان يكتسب الورم الحجم الذى يظهر به فى العادة ورابعا لان ذهاب الدآء سريع جدا والغالب ذهاب اثره بالكلية بحيث يمكن جعل محله على العظام بدون واسطة ومع ذلك ليس هذا منى انكارا لامكان وجوده

وانما

وانما اعتقد وجوده لكن اقل مما يعتقده بعض الاطباء النمساويين والطبيب بوش الذى جعل محله دآئما تبعا لنجيل بين العظام وسماه وهما قال ان السيفاليماتوم اذا ترك ونفسه فقل فى الغالب المولودين جديدا بحصول التشنجات لهم ويندر وجدا شفاؤهم

النوع الثالث من الورم الدموى فى الجمجمة يكون من الابتداء اعمق مما فى النوعين السابقين فمنهم من جعل محله فى الجزء المندمج من العظم ومنهم من قال انه يوجد غالبا بين الجمجمة والام الجافية ومال المؤلف لهذا الاخير وأكد ان هذا النوع كثير والانسكاب على الوجه الباطن للام الجافية الذى ظن بعضهم انه قابل للاستحالة والتغير يصير منشأ لبعض من هذه الاورام الفطرية الجمجمية التى اول من شرحها شرحا واسعا هو الطبيب لويس

(المبحث الثانى)

(فى كلام مختصر فى الورم المسمى سيفاليماتوم)

نقول بالاختصار ان الحركات العنيفة والانضغاطات التى تحصل فى الولادة يمكن ان ينشأ منها انصباب تحت الطبقة الجلدية اى جلدة الرأس او تحت الصفاق او تحت السمحاق او فى سمك العظام او اعمق من ذلك ايضا على سطح الام الجافية وطبيعة هذه يتولد منها جميع انواع الاورام الدموية التى ذكرها المولدون وشرحوها مسماة انسيفالوسيل اى الفتق المخى وسيفاليماتوم والاورام الفطرية والسلعة وقد ذكر الطبيب نجيل نتيجة مشاهداته لهذه الاورام سنة ١٨١١ عيسوية ثم تكلم عليها ايضا الطبيب زلير فى رسالة بحث له وبعد ذلك شرحت ايضا فى جرنالات وغيرها * قال المؤلف وفى سنة ١٨٣٤ كتب لى هذا المؤلف اعنى نجيل ان جميع ما ذكره فى فصوله الاول فى طبيعة الداء المسمى سيفاليماتوم تحقق عنده بواسطة تجربياته وابحاثه فيما بعد قال ان هذا الورم فى الايام الاول التالية للولادة يزيد فى الارتفاع وفى الامتلاء ولا يوجد الا على العظم الجدارى والغالب ان يكون الايمن واحيانا عليهما معا ولا يوجد على غيرهما اصلا من عظام الجمجمة وقاعدة الورم لا تتجاوز احد الدروز والدم الطافى يكون دآئما بين

الجدارى وسمحاقه ويوجد العظم فى الاحوال التى يفتح فيها الورم ناعما املس * واما معالجة الداء فاستنتج من مشاهداته ان العادة حصول الشفاء بمعاونة الصناعة وارتضى هذا الطبيب من مدة سنين ان يوضع على الورم اكياس صغيرة عطرية اولا اطمئنانا لاقارب الطفل وثانيا لتحفظ الاجزاء من المصادمات المؤذية ولا يبتدأ زوال عظم الحجم الا بعد خمسة عشر يوما او ثلاثة اسابيع ثم نحو الاسبوع الرابع يبتدأ فى مقاومة الضغط فاذا ارتكز عليه بطرف الاصبع نتج من ذلك انبعاج يزول متى انقطع الضغط واول من شرح هذه الظاهرة هو الطبيب سميث معلم بمدينة فينه ببلاد النمسا

وكلما اخذ الورم فى الصلابة نقص ارتفاعه واخذ فى التسطح ببطئ وكيفية حصول الشفاء لهذا الداء حسبما يؤخذ من مشاهدات الطبيب نجيل وابحاثه هى ما سيذكر * اولا ان السمحاق المنفصل يتعظم سطحه الباطن وثانيا كلما امتص الدم الطافى قرب السمحاق المتعظم للعظم وانضم به حتى يتم انضمامه وثالثا انه بعد ستة اشهر بل بعد سنة ايضا يشاهد ارتفاع فى المحل الذى كان محلسا للورم من الجمجمة ورابعا وجد الطبيب نجيل بالتشريح فى الاطفال الذين ماتوا بعد ستة اشهر او سنة ان العظم الجدارى اكثر سموكة فى محل الورم مما فى بقية اجزاء العظم هذا كله ما وصلت اليه معارف الطبيب المذكور * قال المؤلف اما انا فانى بعد ذلك شاهدت خمسة امثلة من السيفاليماتوم منها ثلاثة بعد الموت وكان محل الورم فى واحد من هؤلاء الخمسة فى العظم الجدارى الايسر وامتد على جزء عظيم من القمحدوة وعلى اليافوخ الخلفى كما فى الحالة التى ذكرها مشيل وشفى الطفل بدون عملية والاربعة الاخر كان الورم فيها شاغلا للمحل الذى ذكره نجيل وواحد منهم كان عند الطبيب هنوريه ببيت الله بباريس ولا ادرى أشفى الطفل ام لا وانما رأيت قبوة جمجمة الطفل الثالث فكان العظم خشنا متغيرا تغيرا واضحا والمثالان الاخيران يقربان لبعضهما وتحققنا من تشريح واحد منهما ان هنالك طبقة خلوية محفوظة على سطح العظم وفساد هذه الطبقة فى وسط البورة لم يكن اوليا

والانصبابه

والانصباب كان بين السمحاق وهذه الصفيحة وشوهد في حدود الصمع تحببات عظمية كثيرة على العظم الجدارى وحافة اى حوية حقيقية طبيعتها كذلك وكان هناك ضخامة فى العظم لا انبرآء ولا تسوس ولا تأكل ولا شئ مخصوص يدل مع غيره على ان السمحاق لم تتم ما طلب منه فى وظيفة تغذية العظام وهذه الامور الواقعية الاخيرة يؤكد معظمها ما قاله نجيل ويخالف ما اشتهر كثيرا بفرانسا فى حالة العظام فى هذا الداء المسمى سيفاليماتوم ويظهر لى ايضا ان وجود طبقة من منسوج خلوى بين الاجزآء الصلبة والسائل المنصب لم يزل غير ملتفت اليه فى انتباه المشاهدين وقد اقتصرت على مجرد ذكر ذلك ولا اريد الا ن اقامة دليل عليه لان هذا ليس محله لكنى اقول ان ذلك يزيل الاختلاف الذى يظهر وجوده بين رأيى ورأى هذا المعلم الشهير النيساوى فى المجلس الحقيقى للاورام التى تحت سمحاق الجمجمة واتمم كلامى هنا بان اذكر لك ان هذا الشرح انما هو رسم قليل والاقتضى كلام كثير على خصوص السيفاليماتوم اذا اردنا ان نشرح بالتفصيل المسائل الرئيسة المتعلقة به

(التعليم الثانى)

(فى الاحتراسات المتعلقة بالمرأة)

(الباب الاول)

(فى التوابع الطبيعية للولادة)

متى اطمأن الطبيب على الطفل وخلص من تخليص المشيمة لم يكن عليه الا النظر فى حالة المرأة فبعد ان يتحقق ان الرحم رجعت على نفسها وعاد كل شئ لحالته الطبيعية ينظف الفرج والفخذين وبقية الاعضاء التى تلوثت بالدم او المياه او غير ذلك من المواد مدة الطلق واللازم لتلك العملية الصغيرة هو الماء المجرد او الممزوج بقليل من النبيذ اذا كانت الاجزآء رخوة مسترخية مع الاستعانة على ذلك باسفنجة او خرقة رقيقة

(القسم الاول)

(فى الاحتراسات اللازمة للمرأة عقب الولادة حالا)

تغيير ملابس الوالدة وليكن قميصها طويلا طريا عريضا مشقوقا من الامام او غير مشقوق ولتكن الاكمام طويلة لتغطي جميع الذراعين بحيث لا ينكشفان ثم من فوق القميص عنتري من قطن ويلف على رقبتها منديل او طرحة تلفها على جميع رأسها بحيث يكون الجزء العلوي من الصدر المعرض للهواء اكثر من بقية البدن محفوظا من تأثيره مستورا ويكفي في الصيف وفي الفصول الغير الباردة هذان الثوبان مع تغطية الرأس بطربوش او عرقية اما في غير ذلك فقد يوضع ايضا فسطان او قفطان من حرير مبطن بقطن ومشقوق من الامام في جميع طوله والمنفعة المزدوجة لهذا القفطان هي حفظه البدن في حرارة عظيمة وكونه اخف من غيره وبالجملة فملابس الام تكون كملابس الطفل فليتنبه لذلك فانه كثيرا ما يتهاونون به وعلى كل حال يلزم ان تكون جميع الثياب واسعة كافية واما عددها وسموكتها فتكون على حسب درجة الحرارة الخارجة واعتياد تلك الوالدة فتفعل كل امرأة ما تبتغيه وتغطي رأسها بما تريد نعم ينهى عن ما تفعله بعض نساء ارياف الاورباء من حلق شعور الرأس ورش مسحوق الملح على الرأس فان ذلك لا يخلو من الخطر

(الفصل الاول)

(فيما يلزم لحفظ الثديين)

الثديان غير محتاجين لحفظهما بوسائد محشوة بقطن الا اذا كان حجمهما عظيما او خيف عليهما من البرد والرباط الذي تستعين به بعض النساء على ضغطهما بقصد حفظ شكلهما يسبب نتائج عكس ذلك وايضا اذا اتعب فعل عضلات التنفس ربما حصل عوايق في رجوع الدم في الصدر فتتولد اعراض سكتية كما وقع ذلك لامرأتين ذكرهما بودلوك ويصير ذلك سببا لامراض اخر بعضها اثقل من الآخر واقبح من ذلك ايضا الضمادات القابضة او الرادعة المستعملة بقصد ذلك وللاحتراس من خروج اللبن ومما هجر الآن جلد الخروف او الارنب الذي اشار بعض الاطباء بوضعه مدخنا على الكليتين والبطن ومثل ذلك ايضا ما زعمه فورنيير علاجا عظيما وهو ان تغمس المشيمة في الزيت او النبيذ المغلي

ويوضع على بطن المرأة

(الفصل الثاني)

(في حزام البطن)

حزام البطن عابه بعضهم ونحن نمدحه اذا استعمل بقصد عصر الرحم والاحتراس من دخول الهواء فيها كما قال جلوس لكن نظن انه نافع من جهة اخرى وذلك ان الشد على البطن قليلا بفوطة اوحزام يعين على تقليل حجمه ويمنع تكون آثار خيطية او تكاميش فيه تحصل اذا لم يستعمل ويمنع تعرض المرأة لاخطار ثقيلة وامراض خطرة كثيرة لان سرعة تفريغ الرحم يحصل منه ان الاحشاء البطنية بعد الولادة تخلص دفعة واحدة من الضغط الذى طالت مدته وجدران البطن التى لا تنقص بنقص الرحم الابعد زمن طويل لا تضغط على اعضاء الهضم بمثل القوة التى كانت ضاغطة بها عليها فيحصل شبه خلو فى الجذوع الغليظة الوعائية فيهرع الدم اليها بقوة عظيمة مع انه مكث مدة اشهر لا ينفذ فيها الا بعسر وبسبب ذلك يكون هناك استعداد عظيم للانزفة وجمود الرحم وللالتهابات ولتكدر وظائف الكبد والامعاء ويكون ذلك كما قال ونزيتان هو المسبب للاغماء الذى يشاهد كثيرا فى الوالدات وكذا للالتهابات البريتونية الولادية كما قال استول فاذن يكون منفعة الحزام الذى ذكرناه هو تلطيف افعال العضلات البطنية حسبما امكن واعانة الحركة المركزية للرحم والاحتراس من وفور الدم نحو هذا العضو ومن احتقان بقية الاحشاء وربما سهل عليك تصور منفعته اذا تذكرت الاخطار التى تحصل عقب بذل البطن فى الاستسقاء اذا لم يحترس الطبيب منها بوضع حزام ضاغط على البطن بعد استفراغ السائل

نعم من المعلوم انه اذا لم يكن موضوعا جيدا انبرم وانفتل حتى يصير على هيئة حبل فيكون حينئذ مضرا لا نافعا وان اغلب النساء المهملات له لا يجدن فى انفسهن كما قال ديزرموس ضررا زائدا فاستعماله ليس من الشروط الاصلية للبنية لكن من حيث انه اذا وضع بحيث لا يحدث تعبا ولا الما لم يكن

حينئذ مضرا ومن حيث انه ينفع ولا بد فى احوال كثيرة يخاف اذا لم يستعمل ان تحصل اعراض كان اولا يسهل قمعها او التحرز منها وليكن الحزام من فوطة اولى تطوى طيات عديدة على نفسها حتى تصير مثلثة وتوضع على البطن بحيث تكون قمتها جهة الفرج ثم من فوطة ثانية تثنى ثنيتين او ثلاثا على حسب طولها وتوضع كما يوضع رباط الجسم حول البطن حاوية فيها الخرقتان ولاجل الاحتراس من التثنى وبقائها منبسطة لا بأس ان تمسك هذه الفوطة الاخيرة من الاعلى بواسطة حمائل او بطرفى شريط على شكل الشريط المعلق للسروال عند الاوربيين ومن الاسفل بان يربط فيها طرفا حفاظ

(الفصل الثالث)

(فى الحوافظ اللازمة للفرج)

الحفاظ خرقة رقيقة تثنى ثلاث طاقات او اربعا وطولها كاف لان يغطى الفرج وتذهب حتى تتشبث من الامام والخلف فى حزام الجسم ووظيفة هذا الحفاظ قبوله المواد التى تخرج من الفرج ومنع تلوث اجزاء السرير منها فاذا انتبه لتجديده كثيرا وعدم شده لم يحصل منه عارض معيب من العوارض التى كانت تحصل من الحوافظ التى كانوا يستعملونها سابقا ولم تزل الى الآن مستعملة عند بعض نساء الاوروبا وهى تقوم من سدادات مختلفة الشكل توضع على الفرج ويسد بها فوهة المهبل سدا محكما ثم ان الحفاظ وان لم يكن لازما الا انه واسطة للنظافة من غير خطر ولا سيما للنساء ذوات الشان واللطف

(الفصل الرابع)

(فى سرير النوم)

السرير الجديد الذى تنقل اليه الوالدة بعد الوضع يلزم ان يكون عليه ملاءة مشمعة اذا تيسر تحصيلها وملاءة اخرى مثنية اربع طبقات او خرق غير ذلك تحفظ طراحات السرير من التلوث وبالجملة فالملاءات والالحفة وتهيئة الوسائد لا تستدعى انتظاما مخصوصا وانما يلزم هنا كما فى احوال اخر ان تكون مناسبة للفصل وعادة المرأة

ثم ان المرأة تحمل الى هذا السرير بعد التخليص بزمن يسير اذا خلص المهبل
من الدم المتجمد والسائل الذى يندفع غالبا عقب اندفاع المشيمة فهى
وان لم يزل معها بعض اضطراب حينئذ لكن يمكن بدون خطر ان تحمل
الاهتزازات الخفيفة التى تحصل من هذا الانتقال فاذا انتظر ذلك زمنا طويلا
كما اوصى بذلك بعض المولدين خوفا من حصول النزيف والتشنجات حصل لها
كما يحصل للمسافرين الذين يصلون للمحطة وهم فى تعب شديد من المشقة والبرد
فيجلسون للراحة زمنا يسيرا ويتدفئون فاذا انحنوا وسكن تعبهم ضعفوا عن
السير لكن ذلك انما يكون فى الاحوال التى حصلت فيها الاشياء على حالتها
الاعتيادية اما اذا لم ترجع الرحم على نفسها او حصل نزيف او خيف حصول
تشنجات او عوارض اخر مما يحصل عقب التعب الشديد فانه يلزم التأنى بعض
دقائق حتى يحترس من الخطر ويعطى للوظائف زمن ترجع فيه الى انتظامها
الطبيعى وهى فى هذا الزمن باقية على سرير الطلق
والنساء اللاتى يرفعن انفسهن ولا يردن المكث على السرير الثانى يعرضن
انفسهن لانقلاب الرحم او لاستناد قعرها على العجز او خلف العانة او سقوطها
او غير ذلك من الاخطار الكثيرة فينبغى الاحتراس عليهن من ذلك وتفهيمهن
لزوم ملازمتهن للسرير فان كن ضعيفات او عرض لهن بعض عوارض حدثت
من حركات عنيفة يكون المناسب وضع السريرين بجانب بعضهما ثم تزلق
المرأة من سرير الطلق الى السرير الآخر بدون تحرك مستخدما لذلك ملاءة سرير
الطلق الموضوعة المرأة عليها ويسهل بعد ذلك ازالتها عنها

(القسم الثانى)

(فى الاحتراسات التابعة)

متى ولدت المرأة كان من غير النافع بل لا يسلم من الخطر ان تؤمر بالتزام ما ليس
من عادتها او تجعل سريرها سطحا مائلا من الرأس الى القدمين مثلا على ظن
ان ذلك يعين على سيلان دم النفاس او ان تجعل الحوض اكثر ارتفاعا من الرأس
بقصد تلطيف وفور السائلات نحو اعضاء التناسل وانما تستلقى على ظهرها

وتبسط ساقيها وفخذيها قريبين لبعضهما اذا كانت هذه الهيئة غير متعبة لها لكن لا تمنع من انقلابها على جنبها ولا من ثنى اطرافها اذا احتاجت لذلك وبالجملة فلا تمنع مما فيه راحتها فان التعب والضعف الذى يحصل لها من الوضع المتعب يكفيان لاحداث العوارض ووقوعها فى حالة مرضية وان كان الظاهر صحة حالتها وبالاولى النساء اللواتى وظايفهن مكدرة تكدرا وقتيا بحيث تحتاج للتدبير حتى يرجعن لحالتهن الاعتيادية

(الفصل الاول)

(فى الاحتراسات الصحية)

جميع ما قلناه من الاحتراسات اللازمة للمرأة التى فى الطلق بالنسبة للهواء المحيط بها وللاوضة الساكنة بها ولحالتها الاعتيادية يقال هنا فى الاحتراسات التابعة للولادة فمن المهم ان لا تتكلم ولا تستمع الا ما يتعلق بها وتستدعيه حالتها الضرورية فسكون افعالها النفسانية وراحة جسمها هما اللازمان لها بحيث ينبغى ان يبعد عنها جميع ما يكدرها ولقد كانت هذه الوصية محققة ومعمولا بها عند قدماء الرومانيين بحيث ان امراءهم لم يكن لهم بالقانون الدخول لبيت امرأة والدة لتنفيذ احكامهم وقضاياهم فيها

ثم ان المرأة بعد تخليص المشيمة وتغيير سريرها يحصل لها فى العادة قشعريرة قد تزيد معها حتى يحصل لها صرير الاسنان فبعض الاطباء والعامة بسبب ذلك يزيدون فى تغطية المرأة غير ان هذه القشعريرة التى منشاوها التغيرات التى حصلت فى البنية ولا ينبغى اشتباهها بقشعريرة التهاب البريتون لا تمكث الا بعض دقائق ولا تحتاج لانتباه زائد نعم لا شك ان من السفه حفظ المرأة فى خفة زائدة ومن الخطر ايضا الافراط الزائد فى التغطية فانه اذا وضع عليها غطاء ثقيل واحيطت بملاءات مندمجة وحفظت فى درجة حرارة مرتفعة كانت معرضة للصداع والانزفة والتشنجات التى تكون معرضة لها وما عدا ذلك يندر ان لا يحصل لها عرق كثير يعسر احيانا قطعه ومنعه وذلك التعريق له دخل عظيم فى احداث الحمى الدخنية التى هى نادرة الحصول الآن وكانت سابقا

توجد كثيرا مدة الولادة وفى هذا الفصل مبحثان مهمان

(المبحث الاول)

(فى النوم وما يتبعه)

من حيث ان النوم هو اول لازم لمن انهكه التعب يكون من القساوة منع المرأة منه واما امردولاموت النساء باليقظة بعض ساعات حذرا من حصول النزيف فذلك لكونه لم يميز فى هذه الظاهرة المرضية النتيجة من السبب وكذلك ديونس امر باليقظة اولا مدة اربع ساعات ثم رجع عن ذلك وقال لا اعرف وجه لزوم هذه الطريقة التى يقرب للعقل انها كانت طريقة قليان وامر بها فورنيير وغيره حذرا من حدوث عوارض ثقيلة فان كان هذا النساء ممن احيانا فى صحة ظاهرة ثم استيقظن ومعهن نزيف كثير نقول ايضا اتفق لكثير من النساء انه لم يحصل لهن الهناء والراحة الا بنوم جيدا زال ما عندهن من التعب على ان هذه الانزفة اما ان تكون قريبة الوقوع او ابتداء حصولها وقت ان نامت الوالدة فان جهلت ذلك فى الابتداء وانقادت للاحتياج التى استشعرت به فان نومها حينئذ يكون خطرا بل قد تموت منه احيانا لكن النوم فى هذه الحالة يكون نتيجة للمرض لا سببا له وبموجب ذلك ليس هناك علامة اخرى غير ذلك وانما من الحزم ان ينتبه للنبض ويوضع اليد زمنا فزمنا على الخثلة ليتأكد عدم خمود الرحم

ثم بعد هذا النوم الاول اعنى بعد ساعتين او ثلاث لا بأس ان تجلس على سريرها وتعطى لها مرقة فان هذا الوضع مريح لها ويسهل خروج دم النفاس الذى تراكم فى المهبل الى الخارج ثم فى الايام التالية تجدد الخرق سواء التى على جسمها او على سريرها متى تلوثت ولا يتبع ما قاله لوفريت من ان تغيير ذلك انما يكون بعد عشرة ايام والغالب ان الاعضاء التناسلية الظاهرة تحتاج للغسل والتنظيف بماء الخطمية ويصح ان يبدل ذلك بمطبوخ الكزبرة الخضرا مع اللبن ويعالج الامساك الذى يحصل كثيرا بالحقن الملطفة ولا التفات لما توهمه بعضهم من عدم اعطاء الحقن قبل حمى اللبن ثم ان الاكلان الذى

يحصل فى الصماخ البولى وعسر التبول والنزيف وغير ذلك من نتايج الاحتكاك الشديد والضغط الكثير على المثانة والمستقيم وقت خروج الجنين جميع ذلك يستدعى الغسلات المرخية اوالعطرية قليلا واستحمامات المقعدة واحيانا القاثاطير

(المبحث الثانى)

(فى التدبير الغذآئى والدوآئى للوالدات)

التدبير الغذآئى والدوآئى للوالدات مهم المعرفة للطبيب المولد لا بسبب كثرة الجواهر التى يتعاطونها وصفاتها القوية بل لان هنالك عند العامة توهمات خارجة عن العقل ينبغى ازالتها من اذهانهم فلا ينبغى ان تشرب الا مقدار مايطفى عطشها من المغلى لا ان تطيع شهوتها ولذتها فى الشرب فان المحتاجة لتعاطيه انما هو مشروب لا دوآء فلذلك ينبغى ان تراعى حالة شهيتها واستعدادها والعادة ان تداوم على استعمال المغليات التى كانت تستعملها مدة الطلق فاذا زعلت من مغلى يعطى لها مغلى آخر مالم تكن امرت اذ ذاك باستعمال المنقوعات المرة او المنبهة اوبشئ آخر من المركبات القوية الفعل التى تسرف القوابل فى اعطائها لاجل شدة الطلق فان هذه لا تنفع هنا ويمكن ان يسامح لها عموما فى المشروب الذى تستحسنه وليس من المقبول بعد الولادة كقبلها النبيذ الحار والعطريات والصبغات الكؤولية والقهوة والشاى والشكولا وينبغى ان تكون الاغذية خفيفة قليلة الكمية فيسامح لها فى كل يوم قبل ان تظهر اعراض اللبن باستعمال مرقة واحدة اوثنتين اوثلاث اوبعض شوربات وزعم هيشيل انه اذا منع عنها غير الامراق واستعمل لها المضعفات منع عنها عروض حمى اللبن * قال المؤلف وقد تحقق عندى مرات كثيرة ابطال هذا الرأى فلا ينبغى اتباعه فاذا كانت الوالدة هى المرضعة لولدها لم يحصل خطر من اعطائها شوربات ومصلوقات مغذية قليلا فى اليوم التالى لولادتها اما اذا لم تكن هى المرضعة فلا يعطى لها غير الامراق وزيادة على ذلك انه ينبغى الانتباه لحالة صحتها واعتياداتها ومزاجها فلا يكلف اغلب نساء الارياف مثلا

بحمية قاسية جدا لانه وان هلك كثير منهن بتعرضهن للاسراف فى التغذية الان اكثرهن لم يصب بشئ مع انهن لم يغيرن تغذيتهن الاعتيادية بل داومن على استعمال الخبز وانواع اللحوم والاغذية الغليظة وتركن سريرهن بعد الولادة بيومين وداومن على سيرهن واشغالهن كعادتهن بدون ان يحصل لهن عارض من العوارض

فاذا حصل الافراز اللبنى ولم يعرض شئ مخالف للعادة اخذت المرأة فى استعمال ما يحفظ حياتها تدريجا فتنتقل من الشوربات الى فتة الخبز فى الامراق ثم شوربة الشعيرية والمفتلة وحريرة الارز ثم البيض ثم اللحوم البيضا ثم الاسماك الطرية ثم اللحوم المشوية وبقية انواع الاطعمة الاعتيادية بحيث ان المرأة بعد سبعة ايام او ثمانية لا تكون محتاجة لمن يدبر لها امر غذائها فهذه هى عادة نساء الاوربا وينبغى ان تدبر نساء بلادنا بحسب اعتياداتهن فى المأكل على التدريج فيلزم اجراؤهن على اسلوب موافق لذلك والنساء اللواتى اعتدن على استعمال النبيذ الخالص ينبغى لهن اولا استعمال الماء الممزوج بالنبيذ ثم القفاع ثم النبيذ الخالص ويمكن ان تترك المغليات المعدة للشرب فى اليوم الرابع او الخامس بل كثير من النساء ولاسيما اللاتى لم يمكنهن الارضاع اولم يردنه لا يتقين بتعاطى بعض منقوعات اوبعض ادوية قبل ان يرجعن لاغذيتهن الاعتيادية والعامة فى بلاد اوربا يستعملون بعض نباتات يظنونها مفرزة للبن منها قصب يسمى قصب بروفنس مع ان هذا القصب عديم المنفعة ولكنه غير مضر ومنها نبات يسمى باللطينى اروندو ــ فرجميتيس مع انه ضعيف الفعل ومنها نبات يسمى برفنش الصغير مع انه على رأى ديزموس متعب للمعدة ومسرع للنبض فينبغى هجر ذلك كله * ثم ان معظم الوالدات يتطلبن اللين اى الاسهال قبل ان يتركن سريرهن فيستعملن تارة ملينات خفيفة مضادة للبن وتارة مسهلات اعتيادية وقد مدح من الادوية الاول مدة طويلة مصل ويس وملح دبوس (فمصل ويس يحضر بان ينقع فى رطل من مصل اللبن غاليون اصغر وهو المسمى فى بعض التراجم بلسلك وزهر بلسان

وهيوفار يئون وز يرفون من اربع كل وعشرون قمحة سنا منظف
وكبريتات الصود من كل درهم فيستعمل هذا الدواء لاجل
نقص افراز اللبن او منع افرازه فى النساء اللواتى قطعن الارضاع ولذلك
سمى بالدواء القاطع للبن واما ملح دوبوس فهو كبريتات البوتاسة)*
وممدح من الادوية الثوانى المن وزيت الخروع وماء سيدليت ومنقوع السنا
(ماء سيدليت ماء معدنى منسوب لتلك المدينة وهو بارد صاف
يحتوى على كثير من كبريتات المغنيسيا وشئ من كربوناتها
وايدروكلوراتها ولذلك كان مسهلا وفيه ايضا كربونات الكلس
وكبريتاته)
قال المؤلف ومن الخطر اعطاء هذه الادوية لجميع النساء بدون تمييز ونظر
فى حالتهن كما كانوا يفعلون ذلك سابقا فعلى رأى معظم اطباء عصرنا يكون من
الانصاف اهمالها لكنى اظن ان الطبيب اذا لم يأمر بتلك الادوية لهن يجعل
نفسه عند العامة عرضة للوم غير مستحق له يقينا ولا تثق به المرضى فاذا ظهرت
بثور او حبوب على الجلد او حمى او خراجات او التهابات اخر نسبوها للبن
واذا فقدت تخاطيط الوجه زهاوتها وبهتت حمرة الخدين والشفتين وذهبت
براقة العينين ولمعانهما وقوة تحركهما لم ينسبوا ذلك لسن المرأة وتقدمها
فى العمر وانما ينسبونه لانتشار اللبن فى جسمها ويلومون على الطبيب فى كونه
لم يطرد عنها هذا اللبن الخبيث فى الولادة الاخيرة لها لكن مثل هذه الاوهام
لا تلتمس عذرا للطبيب فى اعطاء المسهلات لما فيها من الضرر الذى قاله بعضهم
ولعدم نفعها بالكلية لكنى اقول انها ليست كذلك فانى كثيرا ما امرت بها
وما رأيتها احدثت عوارض ثقيلة قط بل فى كثير من الاحوال تعجل رجوع
وظائف الهضم لحالتها
واخاف من فعلها اذا كان اللسان احمر مدببا او كان هنالك علامات التهاب
فى البطن واظن انها غير نافعة اذا رجعت القوى والشهية بسرعة وقوة
اما اذا كان اللسان عريضا او مبيضا او اصفر او اخضر والفم مرا جبينيا والشهية

معدومة بل وان كان هناك حركة حمية وتوتر وحساسية فى القسم الشراسيفى فان المسهل اللطيف كثيرا ما يحصل منه نتايج جيدة وقد شاهدت زوال هذه الاعراض فى اليوم التالى فى اغلب الاحوال ثم رجعت الصحة بسرعة غير مظنونة فاذا ازيلت من القناة المعوية الطبقة المخاطية الملونة لها بواسطة المسهلات رجعت هذه القناة لاحسن وظائفها الاعتيادية والافراز الكثير الذى يحصل فى وجهها الخلى يفرغ من البنية المواد المؤذية لها ويعطى للوظائف الاخر قوة عظيمة والذى اختاره من المسهلات هو ماء نسيدليت الصناعى بكمية ستة دراهم او ثمانية او اوقيتين من زيت الخروع فان نتايج ذلك اكيدة وما رأيتها سببت التهيج الذى يسببه غيرها من المسهلات

(الفصل الثانى)
(فى مفارقة المرأة سريرها)

الزمن الذى يلزم ان تبقى فيه المرأة على سريرها مختلف والقدر المعروف عند عامة الناس تسعة ايام وعند لوفريت اربعة عشر يوما ونحن لا نعتبر ذلك الاقدر متوسطا او غالبا فانه قد يكفى لذلك خمسة ايام او ستة لكن من حيث ان الارتفاقات كابدت مشقة عظيمة والرحم حصل فيها استعداد لان تنخفض او تنقلب والصحة فيها بعض تزعزع ينبغى الاصطبار فبدل ان تجعل المدة من ثمانية الى عشرة تجعل خمسة عشر فمن الغلط فى جميع الاحوال رجوع المرأة لممارسة اعمالها بعد الولادة حالا كما يأمر بذلك بعض الممارسين للطب ففى اليوم الاول من مفارقتها سريرها تجلس نحو نصف ساعة على نحو كرسى مبطن وفى اليوم الثانى ساعة ويصح فى الثالث ان تمشى خطوات وتفارق سريرها نحو ثلاث ساعات ثم فى الايام التالية تراعى قواها وحالة تعبها بان تريح نفسها وتلازم سريرها ثانيا ثم تترييض بالنزول الى حوش الدار وتمشى خطوات وتتنزه فى بستان البيت ان كان له بستان لكن من الخطر خروجها حينئذ من بيتها لتذهب لنحو زيارة ولى او قريب او لدخول مسجد او كنيسة فان المساجد والبيع والكنايس تكون فى الغالب واسعة باردة كثيرة الهواء وايضا

فان التشريفات التى تفعلها نساء الاور بالسكاكيس فى اول ولادة لهن يلتزمن فيها بان يجلسن على ركبهن زمنا طويلا فاذا بكرن بذلك حصل لهن منه تعب شديد وقل ان يسلمن من الخطر فيكون ذلك ينبوعا لاصابتهن بالامراض الثقيلة مع ان الاديان مراعى فيها حفظ الصحة كيف لا ومبنى الديانة على التيسير فلا ينبغى مباشرة الوالدة شيأ من ذلك الا بعد ان ترجع لها قواها وتتأكد ان لا ضرر يصيبها اذا عرضت للهوآء الخالص

(الفصل الثالث)

(فيما يلزم الوالدة النصرانية من مراعاة الصحة يوم التنصير)

هنالك عادة عند المسيحيين ينبغى للطبيب ان يتنبه لها وهى المائدة التى تصنع يوم التنصير اذا فعلت فى العشر الاول من يوم الولادة فعلى المرأة اذا جلست على هذه المائدة ان يكون جلوسها موافقة ومجانسة لاقاربها واحبابها فلا تطيعهم فى استعمال ما يعطونه لها بل من الحزم ان تبقى ملازمة لسريرها اذ ذاك فان ندماؤها وان كانوا يمنعون عنها الانهماك على المأكل والمشارب الا انهم فى مدة الانتظار يلزمونها بان تأخذ جرعة من نبيذ كذا او كذا ثم من طعام كذا او كذا حتى انها فى آخر هذا اليوم الذى هو عيد عظيم عندها تجد نفسها غالبا مصابة باعراض ثقيلة توصلها بسرعة لفقد الحياة فيكون الاحسن ان لا تجلس معهم على هذه المائدة مالم يكن ذلك اليوم فيما بعد اليوم العاشر بل الخامس عشر من الولادة مع انه يلزم ايضا حينئذ زيادة الاحتراس والتنبه

(القسم الثالث)

(فى الظاهرات الولادية)

السائل النفاسى والالم الرحمى المسمى بام التخاليف وحمى اللبن هى الظاهرات الثلاثة الطبيعية الرئيسة التى تستدعى انتباها مخصوصا

(الفصل الاول)

(فى السائل النفاسى)

السائل النفاسى مواد تخرج من الفرج من وقت نزول الخلاص الى ان ترجع

الرحم

الرحم بحجمها وقوامها الطبيعى والمولدون يذكرون من المواد ثلاثة انواع مواد دموية ومواد مصلية ومواد لبنية اوصديدية اويقولون مادة حمراء وزاهية وبيضاء فالمواد الاولى تشاهد فى اليوم الاول من الولادة والتالى له وهى دم يكون فى الغالب نقيا والمواد الثانية تظهر بعد اربع وعشرين ساعة اوست وثلاثين وتكون مكونة من مصل مختلط بمقدار مختلف من الدم ولا تتجاوز ايام حمى اللبن والمواد الثالثة تحصل عقب ذلك وتبقى الى الخامس عشر او العشرين بل الى اليوم الثلاثين وتنتج من العمل الصديدى الذى يحصل فى باطن الرحم ولا تختلف الا فى الكثرة والمدة وقد تنقطع المادة الحمراء فى اليوم الاول وتظهر فى الرابع * قال المؤلف وقد شاهدت رجوعها فى التاسع ولم تنقطع قبل الخامس عشر بل شاهدت مكثها الى العشرين وقد لا يظهر السائل الصديدى اصلا واحيانا يبقى زمنا طويلا بحيث يعسر فى الآخر تمييزه عن السيلان الابيض الزهرى ويسهل فهم هذا الامر الخارج عن العادة اذا امعن النظر فى سبب هذا الاستفراغ

فان الرحم وان خلصت من الجنين والخلاص الا انها لا يرجع لها غالبا حجمها وصفاتها الطبيعية بعد الولادة الا وان كان قد شوهد رجوعها بسرعة على نفسها واتفق فى حالة اخرى ان كان حجمها كما يكون فى الشهر السادس من الحمل فكان ذلك حاملا على ظن ان هناك جنينا ثانيا قال انجليبى والغالب انها اولا تتجاوز قليلا الاقطار التى تكون لها فى الشهر الثالث من الحمل وقد وجد طولها قدما فرنساويا فى امرأة ماتت بالنزيف فى اليوم الحادى عشر من الولادة وكانت فى اخرى عظيمة الحجم فى اليوم الرابع عشر كما كانت وقت التخليص ومحتوية على نحو من اى قدر رطلين من دم اسود سائل ففى الحقيقة لا ترجع لحجمها الاعتيادى الا فى نهاية الاسبوع الخامس او السادس الى الثامن وذلك الزمن هو اول ظهور الحيض بعد الولادة بل دائما تبقى ازيد حجما بيسير عن ما كانت قبل الحمل ويزيد ذلك العظم فى الغالب كلما تكرر الحمل وفى مدة هذا الدور يحصل فى الرحم عمل بطىء بواسطته تفرغ جدرانها تدريجيا السائلات

المرخصة فيها التي تذهب على الخصوص نحو تجويفها لان منسوجها في تلك الجهة اقل كثافة فتجد تلك السائلات فيه منفذا خالصا سهلا فبى كانت القنوات الغليظة الرحمية غير خالية كان الذي يسيل منها هو الدم ثم بعد ذلك يخرج المصل ممزوجا مع البقايا العفنة للبذرة والمخاطية للعضو نفسه اى الرحم لكن بعد ذلك حالا يحصل تهيج حقيقي صديدى ينتج منه سائل مشابه من بعض الوجوه للسائلات الغير المعدية بضم الميم الآتية من قناة مجرى البول فيختلط بالمادة المصلية والمخاطية الآتية من الرحم ومن ذلك يكون ما يسمى بالمادة النفاسية البيضا ومن النساء من تكون مدة نفاسها بعض ساعات ومنهن من لا يحصل لها شيء اصلا فقد ذكر ميلوط امرأة ولدت ثلاث مرات ولم تر النفاس قط وذكر بعضهم امرأة ابدل نفاسها بقيء الدم.

والسائل النفاسي لا يستدعى الا النظافة وفى بعض الاحيان ينقطع سيلانه وقت ظهور حمى اللبن او قبلها او ينقص قدره نقصا محسوسا ومع ذلك لا يندر ان يشاهد سيرهاتين الظاهرتين معا بدون ان تشوش احداهما الاخرى فاذا انقطعتا قبل ظهور اللبن او بعده كان من النافع بحسب الظاهر ان يضم للوسائط المستعملة لجيشهما حقن التجويف الرحمى بالسائلات المرخية او المنظفة

(الفصل الثاني)

(فى الآلام الرحمية بعد الولادة اى المغص الرحمى)

المغص الرحمى المسمى عند العامة بام التخاليف يبتدأ فى الساعات الاول من بعد الولادة وينقطع فى الغالب وقت ظهور حمى اللبن ويندر ان يجاوز مدة السائل النفاسي المصلى ويكون اكثر واحد كلما كان الطلق اسرع واسهل وقد يكون قويا جدا بحيث يتعب النساء تعبا شديدا ولما كان ناتجا من الحركات العنيفة التى تفعلها الرحم لترجع على نفسها كان من اللازم ان يكون اشد واكثر تكرارا فى النساء اللاتى ولدن اولادا منه فى النساء اللاتى هن فى اول حمل لهن وذلك لان الرحم التى خلصت مما فيها بسرعة فى الحالة الاولى ولم تسرع

فى الانقباض على نفسها لتمنع تكون الخلط الدموية فى باطنها تلتزم بان تنقبض لتطرد تلك الخلط او لتفصلها كلما تكونت وكل انقباض من ذلك يولد وجعا واما فى الحالة الثانية فمن حيث ان الرحم اثرت زمنا طويلا على البذرة يحصل لها فى الآخر تهيج شديد بحيث لا تسرع فى الرجوع لحجمها الطبيعى فيتجمع الدم فى تجويفها فاذا لم يكن هناك خلط دموية ولا انقباض لم يكن هناك مغص رحمى فوجود الخلط الدموية يسبب الانقباضات والانقباضات تسبب كما فى مسير الطلق الاوجاع ولننبهك على ان هذه الاوجاع المسماة بالمغص الرحمى تختلف ايضا شدتها باختلاف المزاج والاحوال فتكون مثلا شديدة جدا فى النساء العصبيات الارقاء المزاج اذا كانت الرحم متألمة قبل ذلك بان كانت فى حالة قريبة من الالتهاب اكثر مما فى النساء المخالفة لهن فى ذلك وان كانت الانقباضات فى الحقيقة متشابهة فى كل من الحالتين وبالنظر لتلك الخصوصية يسهل ان توضح الشدة القوية جدا لتلك الاوجاع وان لم يكن هناك اندفاع من اعضاء التناسل فى بعض النساء وكذا قلة شدتها فى نساء اخر حيث تتطابق فيهن مع خروج الخلط الدموية الكبيرة الحجم وكذا ما يحصل فى بعض الاحوال من كونها لم تنقص نقصها فى اليوم الثانى بل استدامت زيادتها الى اليوم الثالث او الرابع وكذا غير ذلك * ثم ان هذا المغص الرحمى لا يصح نسبته لغازات معوية كما ظن ذلك مورسوس ولا لاثر الضامية رحمية كما قال بذلك ديونس ولا لتهيج فى الرحم كما ذكر ذلك بوزوس وانما الاحسن ان يقال كما قال دولورى ان الرحم التى تعبت جدا لا تنقبض على نفسها بدون وجع لكن لا ينبغى ان ينكر بالكلية تأثير هذه الاسباب فانها توافق البيان التعليمى الذى ذكره لوفريت لذلك

ومن المهم عدم اشتباه هذه الاوجاع بالتهاب رحمى او بريتونى تولد من جديد مع ان ذلك امر عسر اذا كانت الاوجاع فى اعلى شدتها ولاهمال هذا التمييز غالبا قل توافق المؤلفين على اخطار الالتهاب البريتونى الولادى وعلى المعالجة المناسبة له فمتى كانت الاوجاع متقطعة ولم يكن البطن فى فتراتها متألما ولم تكن هناك حمى ولم تسبقها القشعريرة لم يخف منها ولم يلزم فعل شئ لها والغالب

ان يحصل بعدها احساس مؤلم شديد فى الخثلة وسرعة فى النبض وعطش وحرارة فى الجلد لكن بدون ان يحصل من ذلك اعراض ثقيلة غير انه يلزم حينئذ الانتباه والتذكر فى ان ذلك قد يكون اول عرض لمرض مهلك

ومتى كانت تلك الاوجاع لطيفة تركت لوسائط البنية او يكفى ان تعطى المرأة كل صباح وكل مساء طاسة او طاستين من المنقوع الخفيف للبابونج فانها قد تزول بذلك غالبا فى مدة يومين او ثلاثة وليحذر من الهزء الذى كانوا يزعمونه لتسكين تلك الاوجاع حتى فى زمن مورسوس وهو اعطاء المرأة بعض نقط من دم المشيمة وربما نفع ما مدحه بورطال من اعطاء حقنتين كل يوم وذلك افضل من استعمال ملح ابسوم اى كبريتات الصود الذى امر لوفريت باستعماله اياما كثيرة بكمية قليلة وقد نفعت احيانا الاستحمامات المقعدية والحقن المرخية او المخدرة قليلا ويستعمل من الباطن ايضا المسكنات او المضادات للتشنج او الفصد الموضعى او العام مرة او اكثر مع تغطية الخثلة بضمادات على حسب كون المرأة ضعيفة او عصبية او ممتلئة بالدم وقد يحتاج لان توجه اصبع او اصبعان نحو العنق بقصد اعانة اندفاع خلطة دموية ملتصقة فان كانت الاوجاع شديدة جدا امكن ان تنال نتايج جيدة من الشيلم المقرن كما حصل ذلك للمؤلف وغيره وتعطى فى الاربعة والعشرين ساعة ملعقة فلعقة من الجرعة الولادية التى ذكرناها عند الكلام على انقطاع الاوجاع لكن فى معظم الاحوال لا يحتاج الى استعانة اصلا فاذا انتهى حال الاوجاع بصيرورتها دائمة او صاحبتها لردة او خيف منها فاحسن العلاج لذلك ان تمرخ الخثلة بمقدار كبير من المرهم الزيبقى مخلوطا كل اوقية منه بدرهم من خلاصة الافيون واستعمالى لهذا الدآء فى الالتهاب البريتونى والالتهاب الرحمى حملنى على ان آمر به اذا استطال المغص الرحمى ودل على ابتدآء التهاب

(الفصل الثالث)

(فى حمى اللبن)

تظهر حمى اللبن غالبا فى اليوم الثالث واحيانا فى الاول او الثانى او الرابع

او الخامس

او الخامس او السادس بل قد لا تظهر الا فى الثامن كما شاهد ذلك المؤلف وتبتدأ عادة بصداع بدون قشعريرة ثم حرارة وجفاف فى الجلد والنبض يكون اولا صغيرا صلبا ثم يصير قويا ويتوتر الثديان وينتفخان ويصيران متألمين وذلك كله فى مدة بعض ساعات بحيث تثقل حركات الذراع والصدر ثم يحصل عقب تلك الحالة تندية فى الجلد ثم عرق ويذهب الم الرأس وتزول الحمى بعد ست ساعات او ثمانية او عشرة او ثنتى عشرة او اربع وعشرين ثم يحصل اندفاع اللبن غير ان الاثداء تبقى منتفخة متألمة بعد هذا الدور سيما فى النساء اللاتى لم يرضعن اولادهن.

وفى مدة وجود الحمى لا ينبغى ان تتعاطى المرأة امراقا ولا شوربات ولا مشروبات مسخنة فاذا كانت شديدة جاز تلطيف القوة بفصد صغير لكن الغالب ان ذلك لا يستدعى الا الاحتراسات الصحية التى ذكرناها قريبا وظهور اللبن يسبقه فى الغالب انقطاع سيلان النفاس اونقصه ثم بعد ذلك يرجع النفاس لسيره الاعتيادى واحيانا لا يظهر لاحدى هاتين الظاهرتين تأثير فى الاخرى وقد لا يظهر النفاس ابدا بعد الحمى قال لوفريت يحصل افراز اللبن بدون ان يحصل تكدر فى البنية اذا اعطت المرأة ثديها لجنينها بعد تخليص المشيمة بساعتين او ثلاث فاذا زاد الزمن عن ذلك امتلأ الثديان امتلاء عظيما وانتفخا وتوترا وتراموا لما فتظهر نوبة الحمى المسماة بالحمى اللبنية انتهى

(الباب الثانى)

(فى التوابع الغير الطبيعية للولادة)

(القسم الاول)

(فى انتقال الرحم عن موضعها)

(الفصل الاول)

(فى انقلاب الرحم)

شوهد انقلاب الرحم كثيرا مدة الطلق بل وفى غير زمن الحمل كما شاهده المؤلف وغيره وحصوله من قصر الحبيل السرى كما قال بودلوك اولى من جعل سببه

ثقل المشيمة الذى قاله سبتيير والغالب ان يكون سببه الجذبات التى تحصل فى الحبل قبل اوان حصولها ومثل ذلك ايضا الوضع القائم اى العمودى وقت الولادة اووقت التخليص واذا حصل الانقلاب التام فجأة جازان يحصل الموت فجأة ايضا كما شوهد ذلك كثيرا فقد ذكر هملتون سبعة احوال من هذا القلب ماتت المرأة فى ستة منهن قبل ان تتمكن من اسعافهن والغالب ان يكون غيرتام ويعرف الانقلاب التام والغيرالتام للرحم بورم محمرا وكالح يبرز فى المهبل اومن الفرج ويغيب به الكرة الرحمية اعلى العانتين وبحصول اوجاع وتكرر اغماء وغشى ونحو ذلك وقد يقع الخطأ العظيم من اشتباه هذا الانقلاب بالبوليبوس فقد اتفق لامرأة انها ولدت بسرعة وخلصت مشيمتها قهرا ثم حصل لها انقلاب رحمى فى اليوم الثامن عقب برازشاق فعملت لها عملية الرد ورجعت الرحم لموضعها ثم نزلت بعد ذلك ثانيا فحملت المرأة لاجل ذلك لمارستان فظنوه بوليبوسا وانه لابد من ازالته بالآلات فوضع فيها الجفت ذو الكلاليب فظهر الخطأ وكان نتيجة ذلك حصول التهاب رحمى ماتت منه المرأة

وينبغى المبادرة فى رد العضو المنقلب ولاجل ذلك تستلقى المرأة بحيث يكون حوضها ارفع من صدرها ثم يكبس الورم الخارج باليد الملتفة بخرقة رقيقة مدهونة بالمرهم الابيض لكن يكون الكبس تدريجيا متساويا على جميع اجزائه بدون اهتزاز بان يدفع فى اتجاه محور المضيق حتى يرجع لمحله الطبيعى ثم ان رده قبل فصل المشيمة كما قال دائما اذا لم يحصل التخليص قبل ذلك طريقة رديئة والاهتزازات الحلوانية التى اوصى بها بعضهم لا ينبغى تجربتها الابعد تجربة غيرها من الوسائط وقد اتفق انه لم يمكن حصول الرد فى حالة ذكرها لورواس واخرى ذكرها الوفريت وفى غير ذلك وبقى الداء كذلك سنة كاملة وذكر بربوت امرأة عاشت كذلك بدون ان يحصل لها خطر واتفق فى بعض المشاهدات انه احدث اوجاعا مهولة ماتت منها المرأة واتفق فى حالة ان الطبيب دويس التزم ان يتم الانقلاب فسهل له الرد بعد ذلك بنجاح وذلك لان الرد يكون

فى الغالب سهلا اذا كانت الرحم كلها منقلبة فاذا كان المنقلب جزأ منها منتهيا بطرف مذبذب فى اعلى المهبل فالغالب ان يحصل له اختناق فى العنق ويمكن ان يكون معه ايضا عروة معوية فيسبب فى الغالب اوجاعا وعوارض ثقيلة جدا

فان لم يمكن رده لزم الانتظار ومقاومة الاعراض المتعبة واما ربط الورم واستئصاله فلا يجزم بفعله الا بعد اليأس بالكلية من الوسائط الاخر وزعم كثير من المولدين نجاحه وطريقة فيارديل فى الانقلاب الكلى هى الاحسن وقبلها كثيرون واستعملت فى البقر ايضا وهى ان يلف الورم بخرقة ثم تستخدم الاصابع لرده فتكون بمنزلة مكبس وفائدة لف دائرته بالخرقة حتى تصيرله كمكبس هى منعه من الامتداد حينما يدفع فاذا لم يكن رده بعد سقوطه حالا ينبغى كبسه كبسا مستمرا تدريجيا ومما ينبغى التنبيه عليه هو ان الانقلاب الرحمى كما يحصل وقت الولادة او وقت التخليص يحصل ايضا فى اليوم الثامن لذلك وفى العاشر وفى الثانى عشر بسبب برازعنيف

(الفصل الثانى)

(فى الانتقال البسيط للرحم عن موضعها بعد الولادة)

سقوط الرحم الذى يشاهد كثيرا فى الايام الاول من الوضع فى النساء اللواتى حوضهن واسع جدا ونسوجاتهن متخلخلة وعجانهن متمزق او اللواتى فعلن حركات عنيفة بدون تمييز لا يستدعى شيأ بعد الرد الا الراحة والوضع الافقى وانما لا بأس ان يضم لذلك بعض غسلات قابضة او اكياس تبل بالنبيذ الاحمر مثلا اذا لم يكن هناك تهيج ولا تستعمل الفرازج الا بعد ذلك بكثير

وانثناء الرحم الى الامام او الى الخلف اعنى الحالة التى تميل فيها بحيث يستند قعرها امام العجز او خلف العانة يعرف بالعلامات التى للانقلاب الخلفى او المقدم ويستدعى علاجا مثله تقريبا والانثناء الرحمى الخلفى الذى هو اكثر حصولا مما يظن ينتهى حاله غالبا بصيرورته عارضا ثقيلا فان الرحم فى هذا الوضع تصير محلا لالتهاب مزمن فيحصل لها التصاقات بما يجاورها بحيث يصير

ارجاعها لموضعها غير ممكن * قال المؤلف وقد شاهدت سابقا هذه الحالة خمس عشرة مرة خارج زمن الحمل غير ان هذه المرات انما كانت من توابع الولادة واحدى هؤلاء المرضى ماتت بعد خمس عشرة سنة من امساك بطن عسر جدا فاذن يكون ذلك من الموضوعات المهمة دراستها

(القسم الثانى)
(فى انواع مختلفة من الهتك)

قد يحصل من الولادة انواع كثيرة من الهتك كهتك عنق الرحم والمهبل والعجان والفرج والمفصل العجزى العصعصى

(الفصل الاول)
(فى استطالة عنق الرحم وتمزقه)

قد يطول فى بعض النساء بوزطنشيا وجميع الجزء الخالص من العنق ويتفرش مدة الطلق على جزء الجنين الذى نزل اولا بحيث يتكون من ذلك سيما على الرأس شبه قلنسوة مثقوبة او دائرة مستطيلة طولها جملة اصابع وذلك لانه ثبت بالتجربة ان عنق الرحم بعد خروج الولد حالا يبقى واسعا رخوا من جهة المهبل اما من الاعلى فيضيق بسرعة وان اليد التى كانت تدخل اولا بسهولة اذا وصلت الى الاعلى تكابد مقاومة فى نفوذها الباطن الرحم فينتج من ذلك ايضا ان العلوق القريب جدا للولادة الاخيرة يكون سببا حقيقيا للاجهاض كما ذكر ذلك بعضهم فالشفة المقدمة هى التى تكون معرضة لتلك الهيئة اكثر من الاخرى فاحيانا اشاهد منتفخة على شكل حوية ثم تنزل الى قرب الفرج على هيئة منديل تمزقه الرأس وربما مزقها فى نفوذه من التقعير واتفق ان قابلة ظنتها المشيمة فزقتها الى اهداب كثيرة وربما يفزع من رؤيتها اذا لم يعرف اصلها والنساء اللواتى فى اول ولادة لهن معرضات لذلك اكثر من غيرهن وقد ذكر هذه الهيئة وشاهدها كثير من المؤلفين ومنهم بورن حيث قال قد تطول الشفة المقدمة لهذه الفوهة جملة قراريط فيلزم دفعها بالاصابع الى الداخل وشاهدها المؤلف ثلاث مرات منها حالة جاء الجنين فيها بالحوض

فاذا شك فيها فى الابتداء كان من النافع ان تحفظ حوافى الفوهة فى كل انقباض باطراف الاصابع لكن قد يكون هذا الاحتراس غير نافع بل قد يكون خطرا والقطع المتمزقة من تلك الاهداب تنكمش وتتحول الى مجرد حدبات يسهل بعد ذلك استئصالها اذا اعوق التحامها فاذا لم تكابد تلك الفوهة تفرق اتصال زالت تلك الاستطالة فى بعض ايام كما شوهد ذلك فاذن يكون ذلك من العوارض التى يقل الاهتمام بها واما شقوق العنق نفسه فهى وان كانت فى الابتداء واسعة عميقة وليست فى الغالب قابلة للالتحام الا انها ترجع بعد ذلك لشئ يسير بحيث لا تستدعى معالجة خاصة فالجزء من الفوهة الذى يوجد غالبا بعد الولادة متمزقا هو الذى يحاذى عمر القمحدوة اذا جاء الجنين بالقمة او المحاذى للجبهة او القمة اذا جاء بالوجه او المحاذى للقمحدوة والجبهة ايضا اذا جاء بالحوض

(الفصل الثانى)

(فى هتك المهبل)

ليس مرادنا ان نتكلم هنا على التمزقات الرحمية المهبلية وانما نتكلم على الثقوب التى تنشأ منها النواصير المثانية المهبلية او المستقيمية المهبلية وهذه الجروح التى تشاهد سيما فى النصف السفلى للمهبل تحصل من ثلاثة احوال فاولا من الانجذابات التى تنتجها الافعال القوية الرحمية بجذبها العنق نحو القعر وثانيا من ضغط الرأس من الامام او من الخلف مدة نزوله وثالثا من الرض الناشئ بتلك الكيفية او من اعمال الطبيب المولد فالتمزقات الاولى التى هى عادة اوسع من غيرها تشغل فى الغالب الحاجز المستقيمى المهبلى ومثل ذلك ايضا الثوانى التى يمكن ان تكتسب اقطارا عظيمة واما الثالث فحصولها من الامام وكونها تنشأ من احتكاك الرأس بقوة على الارتفاق العانى اكثر من حصولها من احتكاك الرأس بمقدم العجز والاسباب المهيئة لذلك هى حجم الجنين او عدم تساويه وضيق الحوض او تشوه تكونه والنتوات العظمية والاورام بانواعها التى قد تظهر فى باطن التقعير والالجمة والالتحامات وتضايق المهبل او الفرج والاسباب الواضحة لهذا التمزق هى مسك الرأس مدة طويلة بين المضيقين

وسرعة نزوله من المضيق العلوى لارضية الحوض والحركات القوية التى تفعلها بعض النساء وجفاف الاعضاء فى كثير من النساء اللواتى هن فى اول حمل لهن

والتمزقات التى تنتج من اعمال الطبيب الرديئة الاتجاه هى التى تكون فى الغالب اعلى من غيرها فالتى من الامام تحتوى على قعر المثانة لا على مجرى البول والتى من الخلف تنفتح فى التقعير المستقيمى المهبلى لا فى المعا نفسه بحيث يمكن ان توجد فيه عروة من اللفائفى كما ثبت ذلك فى بعض المشاهدات واما التمزقات التى من الاسفل فتحصل بالاكثر من مرور الرأس بسبب تغيير اتجاه القناة الحوضية وبسبب ان قناة البول المحوية فى العمود المقدم من المهبل تكون على شكل حبل اصلب واسمك مما يظن غالبا فينصل الرأس لطرف القوس العانى عندما يزول استمساك المستقيم بالعصعص ويعين على حصولها هنا كثرة عدد ثنيات المهبل وعظمها ولما كان الذى ينتج من ذلك غالبا هو الرض او الشد او الهرس او بعض خشكريشات لا الانثقاب الحقيقى لجدران المهبل كان وجود تلك التمزقات لا يدرك احيانا الا بعد التخليص بايام بل باسابيع

(المبحث الاول)

(فى الانثقاب المثانى المهبلى)

النواصير المثانية المهبلية يسهل معرفتها بحيث لا يحتاج هنا الذكر علاماتها فيكفى لدفع الغلط فيها مرور البول من المهبل واستعمال المجس والمرئية الرحمية والاصبع وهى ليست نادرة الحصول فاذا كان الطبيب كلارك لم يشاهدها فى دبلان الا فى اربع نسوة من عشرة آلاف امرأة فلقد شاهد ريان منها عشرة امثلة ومولفنا سبعة ويعسر سد هذه النواصير مع ان كثيرا منها انتهى بالشفاء من ذاته قال مورسوس اذا كانت صغيرة زالت فى ستة اسابيع او شهرين اما اذا كانت كبيرة فانها تكون عديمة الشفاء وقد ذكر الطبيب بوه ناصورا واسعا من هذا النوع حصل من عنغرينا فى المهبل التحمت لكن بحيث سببت احتباس البول والتزم ان يلقى المرأة على بطنها لاجل جسها ولكن شفيت

بعد ذلك وذكر بلونديل شفاء ناصورين احدهما مثانى مهبلى واسع والآخر مستقيمى مهبلى ومما يثبت ان هذه النواصير قد تنسد من ذاتها مشاهدة للطبيب ريان وهى ان شابة عمرها عشرون سنة صغيرة القامة جيدة الصحة مكثت فى الطلق ثلاثة ايام فحصل لها ناصور مثانى مهبلى ومستقيمى مهبلى فرءاها جملة اطباء فبعضهم رأى لزوم العملية وبعضهم عدم لزومها وكانت الفوهة الفرجية للمهبل ضيقة جدا ولما بحث فيها ريان رءاها كانها بكر فرأى شريطا ليفيا فى محل غشاء البكارة ورأى ناصورا طوله قيراط ونصف وعرضه ثلاثة خطوط فامر بوضع المرأة وضعا مناسبا ووضع سدادات مزيتة فزاد الضيق وبعد ذلك انسد المهبل والناصور وقد شفى ايضا نساء اخر بدون عملية وشوهد ناصور من تلك النواصير مكث مع امرأة خمس عشرة سنة * قال المؤلف وقد شاهدت ايضا سنة ١٨٣١ عيسوية شفاء ناصور مجرى مهبلى من ذاته فى امرأة ضيقة الحوض وكانت ولادتها ادآئما عسرة حتى بالجفت وذكر دولورى وكذا الوفريت ايضا انه اذا كانت النواصير المثانية المهبلية غير قابلة للشفاء لم تكن كذلك نواصير مجرى البول

وقد حصل نجاح من الخياطة المستدامة بابروحامل ابر اخترعت لذلك وبالخياطة مع الكى بنترات الفضة وباستدامة وضع مجس فى المثانة وسدادة من خرق قديمة فى المهبل وانبطاح المرأة على بطنها او جانبها * قال المؤلف وازيد على ذلك ان المثانة فى بعض الاحوال انضمت مع المهبل الذى فتحته الخارجة انتهى حالها بان انسدت بالكلية فلم يخرج منها دم الحيض ولا البول فنتج من ذلك اوجاع وتشنجات وقد يتفق فى مثل تلك الاحوال ان يسقط حصى فى المهبل ولذلك اخترع ريكميير وكلومبات وغيرهما آلات جديدة لتصير بها خياطة النواصير المثانية المهبلية اسهل وآكد لكن اظن انه لا حاجة لشرحها لانها بقيت الى الآن بدون استعمال فان كان الناصور محاذيا لمجرى البول كان تكرار الجس للمرأة اولى من ترك الآلة مستدامة فى مثانتها

فاذا التزمت المرأة ان تعيش بمثل هذا العيب فلتستعمل وعاء من الصمغ المرن

تضعه فى المهبل ليقبل البول ويمكن معه سيلان دم الطمث ويخدم لتثبت مجس فى المثانة فهذه واسطة تسكينية مفضلة على شبه المثانة الذى ذكره دوجيس

قال المؤلف وهناك عملية يلزم تجربتها ولقد قصدت من مدة طويلة استعمالها غيران المصادفة لم تساعدنى على ذلك وهى ان يكوى الناصور والجدار المقابل له من المهبل كيا شديدا اوان يجعل فيهما التهاب شديد باى كيفية كانت ثم يجعلان متلامسين بواسطة جسم موسع يثبت فى المستقيم فمتى انسد الناصور بواسطة التصاق المهبل جاز ان ينقطع امتداد هذه القناة اعنى المهبل اذا كان ذلك مرغوبا للمرأة واظن ان هذا احسن من ان يقصر الامر على السعى فى سد الفتحة الفرجية للمهبل كما هو رأى بعضهم لكن ينبغى انتظار نتايج التجربيات قبل ان يجزم بصحة هذه الطريقة واما الطريقة التى اخترعها للنواصير الهوآئية واعرضت وضعها فى بعض النواصير البولية سنة ١٨٣٢ عيسوية فقد استعملها البعض فى ذلك غير انه الى الآن لم يوجد دليل قوى لنجاحها فى ذلك ولنزد على ذلك وفاقا للجراح لريه ان كثيرا من النواصير المثانية المهبلية التى ذكروا شفاءها لم يكن هذا الشفاء فيها حقيقيا ومن ذلك النواصير التى كانت موضوع العمل الطبيب لالمند وفيليب وويدال فان النساء المصابات بها يخفين امرهن على الطبيب فيقلن قد حصل لنا الشفاء والطبيب يقبل منهن ذلك ويصدقهن مع ان الامر بخلاف ذلك

(المبحث الثانى)

(فى الانثقاب المستقيمى المهبلى)

النواصير المستقيمية المهبلية يوجد منها ايضا ماشفى من ذاته كما يعلم من المشاهدات وزعم لوفريت انه شاهد شفاءها مرات كثيرة بسقوط الرحم وذلورى بالخياطة اوانخفاض العنق اووضع انبوبة غليظة فى المستقيم وذكر نقواس انه شاهد شفاء ناصور منها بالخياطة مع انه استعمل فيه قبل ذلك عمليات كثيرة بدون نجاح ودوبرلئ استعمل الضغط والدفع على العجان بنجاح

وهذه

وهذه طريقة اهانسبة تامة بطريقة لوفريت ودولوري واما ضغط النواصير المستقيمية المهبلية بواسطة صفيحتين مغلفتين اى ملفوفتين بشئ فيه لين توضع واحدة منهما فى المستقيم والاخرى فى المهبل وتثبتان ببرمة تقريب فواسطة رديئة وان قالوا بنجاحها فى بعض المرات

(الفصل الثالث)

(فى تمزقات العجان)

تمزقات العجان اشتبهت غلطا فى كلام العامة بتمزقات الفرج مع ان هذه انما هى فى الغالب شقوق تمتد كثيرا او قليلا من الامام الى الخلف اومن الجانب الى العجان واما تمزقات العجان فهى انثقابات حقيقية تبقى معها دائرة الفرج والشرج فى غاية السلامة فلاجل التغيير بينهما حسب الامكان نسمى احدهما بالتمزق الفرجى للعجان والآخر باسم الانثقاب

(المبحث الاول)

(فى انثقاب العجان)

التمزق المركزى للعجان الذى شاهده سابقا فى انكلترة ارفيه فى فرس وبعده بيانشى فى امرأة كان فرجها مريضا صار من سنة ١٨٢٩ عيسوية فى فرانسا موضوعا لمشاجرات عظيمة ولما فقد من المشاهدات التى ذكرت له بيان الاحوال بيانا شافيا وكان هذا الانثقاب على حسب الرأى الذى ذكر لكيفية حصوله غير ممكن تمسك فابرون ولم يزل متمسكا بانه لم يثبت الى الآن وجوده بحيث يخرج الجنين من العجان بدل ان يندفع من الفرج وفى الحقيقة يظهر انه يعسر ببادى الرأى ان يدرك ان العجان الذى هو فى الحالة الاعتيادية قيراط اوقيراط ونصف يعطى بتمزقه فتحة كافية فى العظم لان يخرج منها رأس الجنين ومنكباه بدون ان يشتمل ذلك التمزق على العضلة العاصرة للشرج اوالعاصرة للمهبل لكن اذا تأملنا فى ذلك ولو قليلا لانرى خلاف ذلك اى ان ذلك سهل فان كل مولد يمكنه ان يتحقق ان العجان من حيث انه فى آخر الطلق يكون مندفعا مسترقا متوترا بالرأس اوالمقعدة يكتسب احيانا طولا من ثلاثة قراريط الى

اربعة وان الرأس يتغلف معظمه به كقلنسوة له فلذلك قد يحصل فى هذا الوقت تمزق جزئه الاكثر تواتر افيتحول حالا هذا البساط العريض الى دائرة قابلة لان تتسع اتساعا عظيما اكثر من مجموع العجان الغير المثقب ولاى شئ لا يمر الرأس من ثقب فى وسط العجان كما يمر من الشرج بل ومن الفرج مع ان هذين لا ينموان الا بمساعدة هذه الاجزاء الرخوة نفسها فاذن يكون خروج الجنين اسهل كلما عظم دائر الفوهة بانبساط الاجزاء القريبة لها ويسمى التمزق لا تجاهات كثيرة واما المقاومة فى الطرق الاعتيادية فتكون بالضرورة اعظم

واعترض قابرون بان التمزق المركزى للعجان لم يشاهده اغلب من تكلم عليه الا بعد الولادة فيلزم لدفع الشك وصدق الوثوق ان يكون المشاهد مولدا ماهرا صادق السريرة يشاهد مرور الطفل من هذه الفتحة * قال المؤلف وهذا الاعتراض ضعيف من كل وجه فقد شوهد حصول انثقاب واسع اتصل بالمهبل وان الحبل السرى نفذ منه وجذب منه وتمت الولادة منه ايضا وعندنا امور واقعية الآن حصل فيها هذا التمزق بمشاهدة اشخاص يعول على مشاهدتهم فمن ذلك امرأة مكثت فى الطلق من ابتداء يقظتها من النوم الى المساء سنة ١٨٢٥ عيسوية وطلبونى للحضور فى الساعة الخامسة من الصباح اى فى خامس ساعة بعد نصف الليل فرأيت المرأة قوية عظيمة القامة وكانت فى اول حملها واوجاعها التى كانت خفيفة من الساعة السادسة الى نصف الليل اشتدت جدا فى الساعة الثانية بعد ذلك حين دخل الرأس فى التقعير فرأت القابلة ان الجنين يميل للخروج من الشرج فالتزمت ان تدفعه لجانب الفرج بمسكها العجان بجميع قواها ومع جميع ذلك حصل التمزق فلما حضرت ورفعت القابلة يديها وراعاتها المرأة رأيت القمة كلها خارجة من الحاجز العجانى وفى الوضع الاول ثم خرجت بقية الرأس ثم الجذع حتى خرج الجنين كله فرأيته غلاما قوى البنية شديد الحيوية ولما رأيت الفرج ضيقا تركت الحبل فى الفوهة العارضية وجذبت منها الخلاص وقبل ان يخرج الرأس ظنوا انه سيخرج من الشرج لكون مجمع الفرج لم يزل حافظا لسمكه لكن لما رجعت الاعضاء

على

على نفسها بعد الولادة تيسر لي ان اتحقق بالاصبع وبالعين ان العضلة العاصرة للشرج لم تكابد تفرق اتصال اصلا ورأيت جرح العجان غير تام وله اهداب مشرفة وفيه تقعير قليل من الخلف وكان استداده الى اليسار اكثر منه الى اليمين بالنصف فكان اقرب بقليل الى الشرج منه الى الفرج * واما المعالجة فقصرتها على الراحة والنوم على الجانب واستعمال الحقن والغسلات من مطبوخ جذور الخطمية ولم اضع على الجرح شيأ من مواد التغيير فالتحم الجرح بما ذكرته في نهاية ثمانية عشر يوما وبعد ذلك ببعض اشهر حملت هذه المرأة وجاء زمن ولادتها في العام التالي فولدت من الطرق الاعتيادية ولم يحصل لها شئ من العوارض ولم تحتج للاستعانة بشئ بل خرج طفلها وحده مدة كون زوجها يفتش علي وعندنا من مثل ذلك امثلة كثيرة خرج فيها الجنين من ثقب العجان لا حاجة لتعدادها ومن حفظ حجة على من لم يحفظ

اسباب هذا العارض * ذكرها جيدا الطبيب مرو فمنها زيادة بروز الزاوية العجزية الفقرية والانحراف العظيم للمضيق البطني وعدم تقوس العجز ويبوسة مفصل العصعص واتساع المضيق السفلي وسيما من الخلف وضيق القوس العانى وافراط طول الارتفاق العانى والضيق الطبيعي للفرج كما في بعض النساء اللاتي في اول حمل لهن او يبوسته المرضية وطول العجان والاستقامة التامة لجميع الحوض اي كونه جميعه على خط مستقيم تام الاستقامة والحركات العنيفة التي تفعلها المرأة والنزول السريع للرأس والاوضاع القمحدوية الخلفية بل والمجئ بمرفق او قدم واحد وبالاختصار جميع ما يتعب استقامة القمحدوة في محور الفرج او يقهرها على ان تتبع محور المضيق العلوي الى نهاية الطلق وكذا يخاف من تمزق العجان اذا كان الرأس بعد خروجه من المضيق العظمي قبب هذا العجان تقبيبا عظيما بدون ان تسترق حافته المقدمة وكذا اذا كان باتقدافه الى الامام ثنى الفرج وقصره بدل ان يطيله ويوتره وكذا اذا عرف وجود بعض من الاسباب التي ذكرناها فوجود سبب منها يكفي وحده للتشخيص فمن غير النافع البحث عن العلامات

الانذار* ليس هذا العارض خطرا واما من مات بذلك فانما كان معها خلافه من الاعراض الاخر الثقيلة والغالب شفاء النساء منه بسرعة بدون ان ينتج من ذلك ادنى خطر فى الولادات اللاحقة

العلاج* العلاج الصحيح يقوم من استعمال حقن المستقيم ليبقى البطن مطلوقا وكذا حقن المهبل والغسلات المرخية واستحمامات المقعدة وتقارب الفخذين وعدم حركاتهما للاعانة على التصاق شفتى الجرح واستعمال الاغذية الخفيفة اللطيفة ولا يقطع القيد المقدم الا اذا كان رقيقا جدا او فقد استعداده للالتصاق ثانيا من الخلف فيكون العلاج اذ ذاك الشق صغير ستتكلم عليه فى الفصل الآتى واما تنظيفه بواسطة المراهم والحقن او كيه كيا خفيفا او احياؤه بالادماء والخياطة فلا يصير هذا كله نافعا ومجربا الا اذا مضى الزمن اللازم لحصول الشفاء الذاتى اى الذى يحصل من نفسه ولم يحصل وكان هذا الانقذاف مستداما للمواد الثفلية او فساد عظيم بحيث لا ينفع انتظار الالتحام بدون استعانة من الصناعة

(المبحث الثانى)
(فى الشقوق الفرجية)

تمزقات الفرج التى لا تحتوى الا على الشوكة ولا تمتد للعجان الا بقدار ثلاثة خطوط او اربعة يقل الاهتمام بها بحيث لا تستدعى انتباها مخصوصا ومثلها التى تكون فى الشفرين الكبيرين وتكون مستعرضة وذاهبة قليلا امام المجمع الخلفى وجانبه واما زعم انه كثيرا ما انفصل البظر او حصل فيه رض من الرأس فى زمن الطلق فالظاهر ان ذلك غلط نشأ من اخذهم البظر بدل الشفرين الكبيرين اللذين كثيرا ما يدخلان فى ذلك التمزق فاذا لم يلتصقا او لم يلتحما بكيفية مناسبة سهل قطع الاهداب المتكونة من ذلك بدون ان تحصل اخطار ثقيلة واما شقوق المجمع التى فيها بعض عمق او التى امتدت الى قرب الشرج وسيما التى اشتملت على العضلة العاصرة بحيث اختلطت فتحتا المهبل والمستقيم الجانبتين بعضهما فانها تستدعى انتباه الجراحين وذكر لوفريت ان حصول هذا

العارض فى جانب الشوكة اكثر من حصوله على خطها المتوسط وشاهد المؤلف تضاعف هذه التمزقات اى كثرتها وان اهدابها الصغيرة اذا انكمشت كما هو طبيعتها نشأ عنها الجمة ابو قيود او حدبات يمكن ان يغش الطبيب فيها ويظن انها تولدات زهرية

الاسباب* الاوضاع القمحدوية الخلفية واوضاع الوجه والاليتين ليست وحدها هى التى تسبب الشقوق العجانية كما ذكر بعضهم بل اى وضع من اوضاع الرأس قد يسببها وكثيرا ما تحصل من سوء اتجاه قدم او مرفق او ركبة ومثل ذلك ايضا المنكب والاعمال الرديئة من الطبيب ومما يهيء لها ايضا ارتشاح الشفرين الكبيرين وجفافهما وينبغى الانتباه والتحفظ فى مرور رمانة المنكب الخلفى فى اوضاع الرأس اذا اندفع الجنين فجأة

الانذار* اخطار الشقوق الواسعة فى العجان تصير الحياة ثقيلة ويتكون منها تشوه مقرف فاذا وصل الشق الى الطرف السفلى للحاجز المستقيمى المهبلى خرجت منه المواد الثفلية بحيث لا يمكن غالبا امساكها فى محلها فيتحول المهبل الى بالوعة كريهة وتكون المرأة فى حالة شبيهة بمن تحمل معها شرجا عارضيا وزوال ارضية الحوض يصير الرحم قابلا للسقوط بحيث لا يمكن منعها عن ذلك بالفرازج واما التلاقح حينئذ فيكون فيه تعسر وان شاهد مورلان امرأة حملت مرتين ومعها تلك الحالة وشاهد المؤلف امرأة اخرى فى رابع حمل لها لكن لا يؤمل فى الولادات الاتية منافع جليلة وذلك لما ابتهده ولامبوت من ان الذى يمنع مرور الرأس اذ ذاك هو المضيق العظمى لا العجان ولا غيره من الاجزاء الرخوة

حصول الشفاء من ذاته* الغالب ان تترك التمزقات الكبيرة لوسائط البنية وان كانت قذرة مقرفة لان شفاءها من ذاتها ليس نادرا واما وسائط الصناعة فليست دائما معقوبة بالنجاح ومشاهدات الشفاء الذاتى كثيرة فقد ذكر تيموس سابقا امرأة تمزق عجانها كله وشفيت من ذاتها بدون علاج وذكر بوه امرأة فقيرة باشرتها قابلة فى ولادة شاقة ولم تحسن مباشرتها فانشق عجانها بحيث

صارت لا تقدر على مسك مادتها الثفلية ولا مادة الحقن . وشفيت من ذلك كله
بدون علاج وبعضهم بعد ان تكلم على الخياطة قال ينبغى ان تمنع المرأة نفسها
مما يسبب لها الحمل وذكر دولورى ان هذه الجروح الواسعة تشفى بدون خياطة
وقال بروس اتفق لى ان شق العجان الى الشرج كان من العوارض المحزنة لكن
اذا حفظ تقارب الرجلين بواسطة شريط حصل الشفاء جيدا كما اذا عملت
الخياطة انتهى بل ذكر ايشكان ان الخياطة غير مناسبة اصلا واختار ذلك كثير
من الاطباء بل جعلوه قاعدة من القواعد فزعم الطبيب روس انه لم يشاهد اصلا
حصول الانضمام بمساعدة وسائط البنية فقط بعيد مع انه شوهد انضمام تام
بذلك فى حالة ذكرها ترنكبيتى واضطر بعد ذلك لشق وتوسيع مدخل المهبل
ليتأتى الوطئ فيه
الخياطة * هى وان لم تنجح فى كثير من المشاهدات كما فى بعض مشاهدات
لدبواس الكبير والصغير وغيرهما الا انها كثيرا ما حصل منها نجاح فجلموس
عالج شقا استطال الى الشرج بالخياطة اللفية فشفيت المريضة فى خمسة عشر
يوما ودولاموت الذى يرى ان الخياطة لازمة استعمل ثلاث غرز فى حالة
من الاحوال منها غرزة فى الحاجز المستقيمى المهبلى وغرزة فى العجان قرب
الشرج والثالثة فيما حول الشوكة ونجح ذلك بدون عائق وكذا نجح مع غيره
ومنهم من نجح معه الخياطة المرودية التى فعلها بعد الولادة بشهر فشفى الداء
فى ثمانية ايام واتفق الشفاء بالخياطة البسيطة وكذا نجح مع دوبيترن ونسب
ديافنبك مرتى النجاح اللتين حصلتا له للشق الجانبية التى فعلها على الجوانب
ومدح بوش فى احوال تمزق العجان هذه الطريقة وهى ان يعمل شق على هيئة
قطع ناقص اى قريب للبيضاوى فى كل جانب فى جانبى الخياطة وقد شفى
بالخياطة تمزق الحاجز المستقيمى المهبلى على يد بعض الاطباء ونختار الخياطة
المرودية لذلك حيث لم يوجد ما يعارضها وقد نجحت مع الجراح روس فى اربع
مرات من خمس مع ان الظاهر ان الخامسة التى ماتت معه عقب العملية كان
داؤها متعلقا بحمل سابق وبتقرحات زهرية وامتنع مؤلفنا من علاجها قبل

ذلك بخمسة عشر شهرا حين جاءت تحت يده فى المارستان وفعل معها قطع قيد بسيط فى المستقيم لا عملية ناصور الشرج كما قال الجراح روس حسبما اخبر بذلك عن غير ثقة (انظر تفصيل هذه المشاهدة فى كتاب روس فى العمليات

(المبحث الثالث)

(فى ملخ العصعص)

النساء اللاتى لم يحملن الا بعد ثلاثين او اربعين سنة وقد مضى عليهن زمن يتيبس فيه عصعصهن غالبا قد ينكسر منهن ذلك العصعص او ينخلع مع لغط وقت مرور الرأس من المضيق السفلى وذلك العارض شاهده دائمان واعتبره ريان كثير الحصول وقد لا ينخلع العظم ولا ينكسر وانما ينجذب مفصله بشدة ويمكن ان تتسبب عن ذلك آلام شديدة والتهاب حاد او مزمن وتقيح وتسوس وانبراء فى العظم وجميع ما يشاهد فى ملخ غيره من المفاصل وقد شوهد فصل العصعص بالكلية من العجز وانتهى حاله باندفاعه وخروجه الى الخارج وزعم بورن ان خلعه الغير القابل للرد يعقبه خراج ينفتح غالبا فى العجز ودويس الذى تكلم كثيرا على نتايج الحركات العنيفة التى تحصل على المفصل العجزى العصعصى مدة الطلق قال ان الآلام التى تكون احيانا حادة جدا وتعرض فى مثل تلك الحالة لا تسكن الا باستعمال الكافور بكمية وافرة والافيون ودهن الغرغر وقد يحصل تعسر شديد فى تشخيص كسر العصعص وخلعه وملخه لكن ذلك نادر والعلامات الرئيسة لذلك هى تغير محل العظم وقابليته للتحرك الغير الاعتيادى والاوجاع التى تستشعر بها المرأة وتزيد من الحركات العنيفة للبراز ومن ادنى ضغط * والمعالجات التى تستعمل على حسب الاحوال هى الحقن المرخية والمستحضرات المخدرة قليلا من الباطن وكذا من الظاهر والعلق والضمادات اذا ظهر الالتهاب والرفائد المحللة والدهانات والمراهم المسكنة والمنبهة قليلا اذا امكن التحذر من التقيح وشق الجلد او باطن المستقيم ليمر منه الصديد او السائلات المنصبة او تستخرج منه الشظايا العظمية وما قلناه فى العصعص يقال كله او معظمه فى الارتفاقات الاخر لعظام الحوض

فلا حاجة للاطالة بدون فائدة (راجع فصل الحمل والشق العانى)

(الفصل الرابع)

(فى اوذيما الفرج)

الارتشاح فى منسوج الاعضاء التناسلية الظاهرة يمكن ان يزيد بحيث يسد الفرج فيمنع سيلان النفاس فاذا كان الانتفاخ لينفاويا خالصا وبدون الم كفى لازالته فعل تشاريط عميقة فى الوجه الباطن للفرج فاذا كان هنالك حساسية اى الم وعلامات التهاب استعمل الاستحمامات والصب والضمادات المرخية بل والعلق اذا استدعاه الحال واما الخراجات التى تشاهد فيه احيانا فتعالج كما فى غير هذه الاماكن نهاية ما يلزم هنا انه يبكر بفتحها فتحا واسعا

(الفصل الخامس)

(فى النتايج الاعتيادية للولادة)

الاحتكاك والانضغاط وجميع انواع الحركات العنيفة التى تكابدها الاحشاء المحوية فى حوض المرأة قد تسبب للوالدة احتباس البول اوسلسه او البواسير او امساك البطن

فاولا من جانب المثانة * يحتاج احتباس البول للاحتراس والانتباه نظرا الى ان المرأة لا تشكو منه فى الابتداء دائما فهو يستدعى نفس الوسائط التى يستدعيها انحراف المزاج التابع للولادة اعنى الوسائط التابعة لان علاجه الذاتى هو وضع القاثاطير وتجديده مرتين او ثلاثا كل يوم * واما سلس البول فيستدعى استعمال المرخيات والغالب ان الشفاء لا ينتظر حصوله مدة طويلة فلو تعوق جدا العجل بمجيئه باطلاق البطن اى باعطاء بعض مسهلات ولاسيما الحراريق على الخشلة

وثانيا من جهة المعا * امساك البطن من التوابع الطبيعية للخدر الذى يحصل فى المستقيم وللتهيج الذى يكون محله غالبا فى الشرج ويعين على حصوله ايضا الارتخاء العجانى بجميع اجزاء البطن بعد خلو الرحم مما فيها فاذا لم يقهر بالحقن المرخية او الملينة بلطف ولم يكن الاستفراغ الدموى مناسبا جاز ان ينفع لذلك

اعطاء

اعطاء مسهل خفيف بعد الايام الستة الاول او الثمانية من الولادة *
واما البواسير فلما كان محلهما منسوبا للتهيج العام فى الجان اوالحوض كانت مستدعية اذا جاوزت الاسبوع الاول لعلاج مضاد للالتهاب كالبواسير الاعتيادية

وثالثا من جهة اعضاء التناسل * المهبل وعنق الرحم او بعض من الصفائح الغشائية الحوية فى التقعيراذا وصلت فى الالتهاب لدرجة مناسبة نتج عنها احساس بحرارة فى هذا القسم وحركة حمية تختلف شدتها وصداع وفقد شهية وهذا يحصل كثيرا عقب الولادة فلا ينبغى اهماله وقد يحصل ايضا انحرافات فى الرحم اوفى عنقه او التصاقات غيرطبيعية اوتيبسات اوبورات صديدية فى الحوض اوحول اعضاء التناسل والعلاج الحافظ من ذلك اوالمداوى له هى الحقن المرخية فى المهبل واستحمامات المقعدة ووضع العلق على الفرج او الشرج بل وفصد الذراع اذا استدعاه قوة النبض وكل ذلك مع المشروبات الملطفة والحمية القاسية

فعنق الرحم الذى كان اولا رخوا واسعا معلقا كأنه منتفخ مفتوح مشرشا باهداب فى اعلى المهبل يصير بسرعة ضيقا من جهة الرحم وينتهى حاله بان ينفتح من الاسفل ويزول احتقانه فى مدة ايام من عشرة الى خمسة عشر والشقوق التى توجد فيه غالبا ترجع على نفسها رجوعا عظيما بانكماش منسوجاته لكن لكونها لا تلتحم اصلا يبقى تقريبا منها بعض آثار

(الفصل الخامس)

(فى تورم الفرج)

تورم الشفرين الكبيرين تورما شبيها بالذى يتكون حول فتحة الفصد قد يحصل فى وقت دخول الرأس فى المضيق السفلى اوخروجه منه بل قد يظهر فى اليومين الاولين بعد الولادة ثم ان هذا الورم قد يستولى احيانا على جميع الشفرين لكن الاكثر كونه فى شفر واحد فيكون حجمه كبندقة الى بيضة فرخة وقد يشاهد احيانا فى حجم عظيم جدا ثم ان المنسوج الذى يتقوى به مدخل المهبل ويتركب

منه هذان الشفران ويوجد فى جبل الزهرة ايضا يتكون من فريعات وريدية وشريانية وخيوط خلوية وكتل شحمية متصالبة مع بعضها اوممتزجة بحيث ان الدم الذى ينصب فيها يكون فى الغالب كثيرا بدون ان يرتشح منه شئ فى محل بعيد عنها اويكون على هيئة كدم بسيط ولذا كانت الضربات والسقطات وجميع انواع الضغط على الفرج يحصل منها فى الغالب ورم دموى كبير الحجم اشتغل به الاطباء وسيما المولدون

طبيعة هذا الورم وكثرته * وقوف السائلات فى فروج النساء الحوامل والدوالى التى توجد كثيرا فى عروق فروجهن مهيئان لحدوث هذا الداء بحيث انه كثيرا ما حصل بدون سبب خارج وفى كتب المؤلفين امثلة كثيرة من ذلك * قال المؤلف لكن حصوله من مجرد ذلك نادر ولا يمنع كوننا نعتبره نتيجة مرض خالص لا علامة لحالة دوالية عامة على انه لا يشغل دائما محلا واحدا فقد يوجد فى الطرف المجانى او العانى او الوجه الباطن او الظاهر لاحد الشفرين كما شاهدت جميع ذلك بل قد شاهدته فى وسط جبل الزهرة ومرة على الحلقة الاربية

وبعض الناس يظن انه مرض خاص بالحوامل وذلك غلط يقرب للعقل انه ناشئ من كون المولدين تكلموا عليه اكثر من الجراحين وسموه بالاورام الدموية او من كونهم اشتبه عليهم باورام اخر مع انه يوجد منه فى غير الحوامل امثلة كثيرة فى الملتقطات العلمية والممارسات اليومية وهذا الداء يقينا هو الذى ذكر فى مشاهدة الطبيب فورمى مسمى بالغنغرينا وحاصل هذه المشاهدة كما قال ان امرأة عمرها ثلاثون سنة ظهر فيها ورم كبير فى الشفر الايمن من الفرج وعرض لها ذلك بسبب جرح فتركت هذا الداء مدة ثلاثة ايام او اربعة فحصلت الغنغرينا فيه قال فقطعت شقوقا كبيرة عميقة فى الجزء الباطن من الفرج ثم ادخلت يدى فى الشقوق فاخرجت قطعا من الدم محببة تبلغ نحو رطل ونصف وبعد ذلك التحمت القرحة بواسطة الماء المقطب للجروح انتهى كلامه ومراده بالماء المقطب اعنى الماء المقطر بالنباتات العطرية التى فيها بعض قبض

وذكر دولاموت ان امرأة التطم فرجها الطمة قوية فى كرسى فعرض لها من ذلك ورم فى غلظ الذراع على شفر من شفريها الكبيرين ولم يفعل لها من المراعاة الا استفراغ الدم المالى لهذا الشفر وذكر ايضا ان بنتا سقطت على زاوية خشبة فصار شفرها الكبير الايسر فى غلظ قبضة الكف ففتح هذا الطبيب ذلك الورم فخرج منه كمية عظيمة من دم شديد السواد بعضه متجمد وبعضه سائل

وكثيرا ما يوجد تورم فرجى رحمى ومما شاهده المؤلف وغيره بل ربما يوجد منه الآن فى المؤلفات ما يزيد على مائة مشاهدة فهو كثير الحصول جدا وشفى بالشق وذكر دولورى لهذا الورم نوعين نوع يحصل بالارتشاح ونوع يحصل بالانصباب وكل منهما شفى بالشق وذكر برزوس انه شاهده كثيرا وكان بروزبورته فى باطن الفرج اكثر من بروزها فى ظاهره وانه يشفى سريعا بفتحه بالاصبع او بمشرط وتوجد هذه الاورام ايضا فى غير زمن الحمل بكثرة فمنها ما كان سببه رفسة بالرجل او سقطة من عربة او ضغط شديد او افراط فى الجماع وقد يحصل فساد فى هذه الاورام * قال المؤلف ويظهر لى ان الحوامل لسن معرضات لهذا الداء اكثر من غيرهن فانى شاهدته فى مدة الحمل تسع مرات وفى غير زمن الحمل اكثر من خمس عشرة مرة وما اكثر المتعرضين له البغاة واللواتى يجامعن بافراط

سيره وانتهاؤه * حجم هذه الاورام الفرجية فى غير زمن الحمل يكون غالبا اقل مما يكون فى الحوامل ومن حيث ان المرضى لا يرضين اظهار شكايتهن منها يوجد لها زمن تلتهب فيه وتشتبه غالبا بالخراجات على الاطباء كالمرضى ايضا ثم ان ما يلتهب منها ويكون محله من الخلف او قريبا للمهبل اذا فتح يخرج منه خلط دموية مختلطة بصديد او صديد مخلوط بخلط دموية وتنتشر منه رائحة كرائحة المواد الثفلية وعفونة يظن منها ببادى الرأى ان ذلك ناشئ من غمس المشرط فى خراج غنغرينى شرجى * قال المؤلف وقد اكدت ذلك للتلامذة بمارستان الرحمة فى بنت سمينة خصبة سنة ١٨٣٣ وشوهد نظير ذلك فى امرأة اخرى كان السبب فى بورتها الدموية ولادة انتهت بادخال الجفت

والرايحة هنا ناشئة من مجاورة المستقيم اوالقنوات المغشاة بغشاء مخاطى وانتقلت تلك الرايحة الى الرواسب الدموية الفرجية بالكيفية التى تحصل فى بعض خراجات حافة الشرج فمن المهم ان يتذكر الجراح امكان ذلك حتى لا يظن ان هنالك انثقابا فى المعاى ان البورات الدموية الفرجية المتكونة وقت الولادة اوبعدها بيسيروان لم تلتهب تسبب احيانا اوجاعا شديدة بحيث قد تصيح المرأة منها وقد يحصل منها اغماء وغشى واحيانا تتحملها النساء زمنا طويلا بدون ان تتألم منها كما تكون كذلك فى محال آخر فان كانت فى جبل الزهرة اوفى الجزء الاربى من الفرج لم يحصل منها ما يحصل لو كانت فى النصف السفلى من الشفرين الكبيرين وينسب لفساد هذه الاورام فى هذا المحل اذا لم تفتح اولم تنفتح من نفسها بعض الاورام الكيسية الممتلئة بمادة هلامية شقرا اوزلالية اوخلية اوبطبقات اوصفايح مرصوصة كما وجدتها كذلك مرات كثيرة وكما قال بوتيير رأيت فى امرأتين ورما فى حجم بيضة على الفرج وكان مملوءا بجوهر زلالى كزلال البيض فاذا كان الورم الفرجى فى محل مرتفع جدا عرف غالبا باللون البنفسجى اوالمبيض للجلد فان كان من الاسفل فى عمق الاشفار الكبيرة جاز ان لا يكون مصحوبا بشئ من الكدم سيما اذا مضى بعد ظهوره بعض ايام ومما يسهل تشخيصه هيئة السقطة مثلا المسببة له والتموج العميق وبقية العلامات المعروفة للرسوب الدموى واما اشتباهه بالفتق اوبانقلاب المهبل اوالرحم اوبسقوط المعا كما وقع ذلك لبعضهم فاذلك الا من كون طبيعته اذا ذلك كانت غير واضحة وضوحا كافيا

وانتهاء هذه الاورام بالتحليل الخالص البسيط اقل سهولة من تحليل الاورام التى تكون فى غير ذلك من الاقسام كالجمجمة مثلا والغالب انها تتحول الى غلغمونى وتسير سير خراج وقد يكون منظرها فيما بعد كمنظر اورام اخر مختلفة وذلك اذا بقيت غير مؤلمة وتركت ونفسها والغالب ان انذارها ليس ثقيلا ويمكن تخليص المرضى منها غالبا بسرعة واتفق انه تسبب عنها الموت فى حالة ذكرها استنديل الا ان هذه المرأة استفرغ من دم ورمها نحو سبعة ارطال

العلاج * عالجوا هذا الورم بنوعين من الوسائط كبقية الاورام الدموية النوع
الاول غايته التحليل لكن الوسائط التي لها فاعلية عظيمة في ذلك قليلة العدد
فاذا كان الورم متموجا كبير الحجم محدودا بل وكذا في غير ذلك من الاحوال
لم يحصل من تلك الوسائط نتايج محسوسة فتكون هذه طريقة طويلة غير اكيدة
لا تختار وجدها والنوع الثاني غايته تفريغ الورم وهو الكي او البط او الشق
فالكي ينبغي اهماله وتركه بدون نزاع واما البط فلا ينجح الا اذا كانت مادة الورم
سائلة مع ان الممارسة يستفاد منها ان من تلك الاورام ما يكون مملوأ بدم متجمد
فلم يبق الا الشق الذي هو الدواء القوي واما خوف بعضهم من النزيف الذي
يحصل من ذلك فهو امر وهمي لانه لم يوجد في هذا القسم وعاء كبير الحجم يخاف
من جرحه على انه اذا حصل ذلك سهل سده بسدادات وضغط جميع سطح البورة
او كيه اذا لزم ذلك واما مثال استنديل الذي ذكرناه فهو نادر ويعسر توضيح سببه
نعم من المحقق انه يخاف من هذا العارض في الساعات الاربع والعشرين الاول
اكثر مما بعدها وان ما اوصى به بعض الممارسين من انتظار يوم او يومين لفتحها
ليس خاليا عن التعقل وذلك لان الفريعات الشريانية التي انقطعت وانضغطت
بعد ذلك حالا برد الفعل من الاغشية المجاورة تجد لها زمنا تنسد فيه * قال المؤلف
وبالجملة لا حاجة للمنازعة في كيفية علاج التورم الفرجي بل نقسم ذلك
لرتبتين كما قلنا ففي خارج وقت الولادة اذا لم يحصل من الورم آلام شديدة
ولا تكدر عام في البنية لا بأس ان يستعمل ما اريد استعماله من هاتين الرتبتين
اللتين ذكرناهما وان كان الآكد فتح الورم فتحة واسعة واما في مدة الطلق سواء
كانت الاورام مؤلمة او غير مؤلمة فان اللازم شقها حالا فاذا اهمل ذلك تقهقر
زمن الولادة او امتنعت بالكلية لان حجمها ربما اخذ في الزيادة بلا نهاية وفصل
التصاق المنسوجات عن بعضها فصلا عريضا وهذا الشق طريقة واضحة
النجاح اعلى من جميع الطرق واستعملها كثيرون حتى ان المؤلف استعملها
في خمس عشرة حالة في مدة الحمل وزمن الطلق وبعد الولادة وخارج الحمل
وفي جميعها حصل النجاح ونظفت الجروح والتحمت في مدة من عشرة ايام الى

شهر قال فاذا لم يسترق الا سعة صغيرة من الجلد وارتشح الدم فى الورم لانه اجتمع راسبا تركت استطالة الشقوق واما فى الاحوال المخالفة لذلك سيما اذا قرب التورم للعجان فاشق شقا واسعا بحيث لا اترك جحرا من جحور البورة بدون اصابة فاذا كان التموج خفيا من الخارج وظاهرا من الباطن اخترت للشق الجزء الانسى من الشفر المصاب اما فى حالة العكس حتى وان كانت المنسوجات رقيقة من جهة المهبل وسميكة من جهة الفخذ فاختار عمل الشق فى هذا القسم الاخير اعنى من جهة الفخذ واما التمزق بالحك باليد الذى استعمله بعضهم وذكر انه نجح معه مرة فلا يناسب الا فى الاورام الصغيرة ثم نقول بالاختصار اذا بقيت البورة الى نهاية الطلق كان لابد من تمزقها بمرور الجنين كما شوهد ذلك ونقول ايضا قد علمت من ذلك كله ان الرض يسبب فى الفرج انسكابات كما يتسبب ذلك فى مواضع اخر تحت الجلد فالرسوبات الدموية التى عدوها هنا مرضا مستقلا لا تستدعى دراسة مخصوصة هنا على حدتها الا باعتبار كثرتها والمحل الشاغلة له او الاعضاء المجاورة لها

وهذا آخر ما اردناه * ونهاية ما قصدناه * والحمد لله وكفى * وسلام على من اصطفى * والمأمول من كرم من وقف على هذا الكتاب * وتصفحه بابا بعد باب * ان يلحظه بعين المحاسن * لا بعين الازدراد والمطاعن * فان الطاعن لا يرى الا السيئات * كما ان المحب لا ينظر الا الحسنات * (شعر)

وعين الرضى عن كل عيب كليلة * كما ان عين السخط تبدى المساويا *

مع ان اللائم اذا تمسك بالاعتراض * وسلك مسالك الانتقاض * قل ما يسلم من الانتقاد * والزيغ عن طريق الرشاد * سيما اذا كان جامد القريحة * وذا افهام شاذة غير صحيحة * فيكون كمن يدعى ما لا يقدر عليه * فيرجع وبال دعواه اليه * او يريد ان يدحض الفضائل بسفه وتأليب * والفضيلة لا تخفى على منصف ولبيب * فرحم الله من عرف قدره ولم يتعد مقامه وطوره * على انى معترف بانى انسان * كثير الغلط والنسيان * ورجائى من ذوى المكرمات * الصفح عن ما صدر منى فى هذا الكتاب من الزلات *

ومقابلة

ومقابلة الخطا والسهو * بالتجاوز والسماح والعفو * والتخلق باخلاق من
لا يؤاخذ العبد بما اقترف * اذا اقر بذنبه واعترف * وان لا يكونوا
ممن تجاسر عليهم القائل * وتبجح بقوله فى المجالس والمحافل (شعر)

* يا زمرة الشعر آه دعوة ناصح * لا تأملوا عند الكرام سماحا *
* ان الكرام بأسرهم قد اغلقوا * باب السماح وضيعوا المفتاحا *

مع انى كتبته والفكرة كليله * والاوقات المصروفة لتحريره قليله *
نسأل الله الرشاد * لطريق الهدايه * والانقاذ من مهاوى
الغواية * ونحمده فى المبدأ والختام * ونصلى على اشرف
الانام * ما اكتحلت عيون الدجى بأثمد الظلام * وابتسم
ثغر الصبح لفيض اعين الغمام وقد تم تبييضه
بفيوضاته الزاخرة * فى مستهل جمادى الآخرة * سنة
ثمان واربعين ومأتين والف * من هجرة من له العز
والشرف * قاله ورقمه وكتبه وترجمه احمد حسن
الرشيدى الحكيم * منحه الله بلطفه
العميم * حامدا مصليا مسلما محسبلا *
متوكلا شاكرا مستغفرا محوقلا

وقد تم طبعه بدار الطباعة العامره * التى انشئت ببولاق مصر القاهره *
ادام الله عز منشيها ومشيد مبانيها * صاحب السعادة الابديه *
والهمة الآصفيه * الحاج محمد على باشا * بلغه الله فى الدارين
ما شا * وذلك فى سلخ شوال * سنه ثمان وخمسين
ومأتين والف هجريه * على صاحبها افضل
الصلاة وازكى التحية

توضيح الواح اشكال الولادة

اللوح الاول فى اشكال الحوض

الشكل الاول

فى الحوض الجاف مع اربطته

آ ا ـ الحفرتان الحرقفيتان الباطنيتا ن

ب ب ـ العرفان الحرقفيان

ث ث ـ الشوكتان الحرقفيتان المقدمتان العلويتان

د د ـ ـــــ ـــــ ـــــ ـــــ السفليتان

ە ە ـ الرباطان لفلوبيوس

ف ف ـ الحفرتان الحقيتان

ج ج ـ الجبتان

ح ح ـ الثقبان تحت العانة

خ خ ـ التنوالحرقفى العانى

ى ـ الفرع الجبى العانى

ك ـ الارتفاق العانى

ل ل ـ القطر الجبى المزدوج

م م ـ الارتفاق العجزى الحرقفى

ن ن ن ن ـ الفقرات الكاذبة للعجز

ع ـ الفقرة الاخيرة القطنية

غ غ ـ الاربطة العجزية الجبية

و و ـ الثقب الكبير الجبى

الشكل الثانى فى الحوض المذكور مشاهدا من قاعدته

آ ـ القطر المقدم الخلفى

ب ب ـ القطر المستعرض

ث ث ث ث ـ الاقطار المنحرفة

د د د ث ث ـ الاقطار العجزية الحقية

الشكل الثالث قطع قائم اى عمودى فى الحوض

ا ا ـ القناة العجزية

ب ـ طرف العصعص اى الدقيق منه

ث ـ سطح مفصلى للعانة

د ـ جانب المضيق العلوى

ه ـ السطح الباطن للحجبة

ف ـ الحدبة الحجبية

ج ـ الرباط العظيم الحجبى

خ ـ الرباط الصغير الحجبى

ح ـ التقوير الصغير الحجبى

ى ـ التقوير الكبير الحجبى

ك ـ الثقب تحت العانة

الشكل الرابع فى هيئة الاقطار

ا ا ـ القطر العجزى العانى

ب ب ـ القطر العصعصى العانى

ث ث ـ محور المضيق العلوى

د د ـ المحور الذى يلزم ان يتبعه راس الجنين

ه ه ه ه ه ه ـ الخط العمودى للاقسام المختلفة من الوجه المقدم للعجز

ف ـ محور القطر العصعصى العانى

اللوح الثانى الحوض مع متعلقاتها الحوضية

الشكل الاول

ا ـ جزء من المستقيم

ب ـ رحم مقطوعة

ث ـ مثانة كذلك

د ـ آخر الاورطى

ە ە ـ الشريانان الحرقفيان الاصليان

ف ف ـ الشريانان الحرقفيان الظاهران

ج ج ـ الشريانان الحرقفيان الباطنان

خ ـ الوريد الاجوف السفلى

ح ح ـ الاوردة الحرقفية الخارجة

ك ك ك ـ العصب الفخذى

ل ل ـ العضلتان ابسواس

م م م ـ العضلات الحرقفية

ن ـ العروق العجزية والزاوية العجزية الفقرية

ع ع ـ عضلات الصفاق العريض

غ غ ـ العضلات الخياطية

و و ـ العضلية المستقيمية المقدمة

ر ر ـ العضلة العانية

س س ـ العضلات المقربة

ت ـ العانة

الشكل الثانى

بركار السمك

الشكل الثالث

مقياس الحوض لقطولى

الشكل الرابع

مقياس الحوض للقابلة بوافين

اللوح الثالث لاعضاء التناسل

الشكل الاول

ا ا ـ الشفران الكبيران

ب ـ البظر مع قلفته

ث ـ العجان

د د ـ الشفران الصغيران

ه ـ الدهليز

ف ـ الصماخ البولى

ج ـ المهبل

خ ـ غشاء البكارة

ح ـ الشوكة

ى ـ الحفرة الزورقية

ك ـ المجمع الخلفى للفرج

ل ـ المثانة

م ـ الرحم مرتفعة قليلا

ن ن ـ الرباطان المبرومان

ع ع ـ المبيضان

غ غ ـ البوقان

و ـ ابتداء المستقيم

ر ر ر ـ الامعاء متراكمة فى الحفرة الحرقفية اليسرى

الشكل الثانى

توجد الرحم فى محلها تامة اشهر الحمل متوترة بناتج العلوق اى الجنين مائلة الى اليمين وملتفة على محورها من الخلف الى الامام ومن اليسار الى اليمين (وهى ماخوذة كما فى الحالة الطبيعية)

ا ا ا ـ الجدران المقدمة للرحم

ب ب ـ البوقان

ث ث ـ المبيضان

د د د الرباطان المبرومان

ه ه ه ـ الامعاء مدفوعة بالرحم

ف ف ـ اهداب منقلبة من جدران البطن

اللوح الرابع فى البذرة البشرية

الشكل الاول

البذرة كاملة فى سن اثنى عشر يوما

الشكل الثانى

مثلها غير انها منفتحة ومحضرة

ا ا ا ـ السلى منبسطا اى منفرشا

ب ب ب ـ الجسم الشبكى

ث ـ الجنين فى التجويف الامنيوسى

د ـ الحوصلة السرية محاطة بالجسم الشبكى

الشكل الثالث

بذرة عمرها عشرون يوما تقريبا ومحضرة

ا ا ا ـ السلى

ب ب ب ـ الجسم الشبكى

ث ـ الامنيوس كاملا

د د ـ جنين مشاهد من الامنيوس

ه ـ الحوصلة السرية

الشكل الرابع

بذرة كاملة مع غشائها الساقط لها من ٢٠ الى ٢٥ يوما

ا ا ا ـ الساقط كاملا

ب ـ الجنين فى محله

ث ث ث ـ محيط الوريقة المنعكسة للغشاء الساقط

الشكل الخامس

قطع عمودى لتلك البذرة

ا ا ا ـ تجويف الغشاء الساقط

ب ـ تجويف السلى

ث ث ـ جزء مشيمى من السلى

د د ـ جزء من السلى المغطى للساقط

٥ ٥ ـ تجويف الامنيوس

ف ـ الجنين

ج ـ الحبيل السرى

خ ـ الحوصلة السرية

فالبذرة من حيث انها نزلت الى الاسفل جدا تكون المشيمة نامية قرب العنق فى هذه البذرة لو بقى الحمل مستداما

الشكل السادس بذرة عمرها شهر تقريبا

ا ا ـ السلى مع خمله

ب ب ب ـ الامنيوس منفرشا

ث ـ الجنين

د ـ الحوصلة السرية

٥ ـ الحبيل السرى

ف ـ منتفخ الحبيل حاويا لجزء من الامعاء

اللوح الخامس الجنين مع متعلقاته

الشكل الاول

مستنتجات عمرها من شهرين ونصف الى ثلاثة اشهر

ا ا ـ الجنين

ب ب ـ بشرة مرتفعة منفصلة عن الادمة بطبقة سميكة من سائل

ث ث ث ث ـ منتفخات الحبيل وفيه ايضا ارتفاع للبشرة

د د د د ـ الامنيوس واصلا الى الحبيل

٥ ٥ ٥ ٥ ـ السلى منخفضا ايضا

ف ـ الحوصلة السرية

ج ج ج ـ جزء منعطف من الساقط وخيوط عديدة تربطه بالحبيل

خ خ خ ـ الساقط الرحمى

الشكل الثانى

جنين عمره من اربعة اشهر الى خمسة يشاهد فى الرحم

ا ا ا ا ـ اهداب منقلبة من الرحم

ب ب ـ الجزء العلوى من المهبل

ث ـ عنق الرحم مفتوحا

د د د ـ الطبقة الرحمية للساقط

ه ه ه ه ـ الطبقة المنعكسة للساقط

ف ف ـ السلى الذى قلب منه هدب ج ج

خ خ خ ـ الامنيوس كله حاويا للجنين

اللوح السادس الجنين

الشكل الاول

جنين سنه من اثنى عشر اسبوعا الى ثلاثة عشر

الشكل الثانى

جنين سنه من ستة عشر اسبوعا الى سبعة عشر

اللوح السابع الجنين ودورة الدم فيه

الشكل الاول

الجنين كله مع متعلقاته ومقدم صدره وبطنه من ال انشا هدنا اعضاء الدورة فيه

ا ا ا ا ـ المشيمة

ب ب ـ الوريد السرى

ث ث ـ الشريانان السريان

د ـ المثانة ممتدة الى الحبيل

ه ـ جزء من الوريد السرى يتقسم مع الوريد الباب ف

ج ـ القناة الوريدية
خ خ ـ الوريد الاجوف السفلى
ح ـ الوريد الكبدى
ى ـ الاذين اليمنى
ك ـ الوريد الاجوف العلوى
ل ـ الوريد الايمن تحت الترقوة
م م ـ الوريد الوداجى الباطن
ن ـ الوريد الايسر تحت الترقوة
ع ـ عصب الزوج الثامن والسباتى الايسر
غ ـ البطين الايمن
و ـ البطين الايسر
ر ـ جذع الوريد الرئوى
س ـ القناة الشريانية
ت ـ قوس الاورطى
ص ـ الغدة تيموس
ض ـ العصب الحجابى الحاجزى
ط ـ العصب الرئوى المعدى والسباتى الايمن
ظ ـ الاورطى البطنية
ق ـ الشريان الحرقفى الاصلى
١ ـ الشريان الحرقفى الظاهر
٢ ـ الشريان الحرقفى الباطن
٣ و٣ ـ الاوعية المنوية
٤ و٤ ـ مجرى البول
٥ ـ الطحال
٦ و٦ ـ الكليتان

٧ ر ٧ ر ٧ ـ الكبد المحول اشبكته الوعائية

٨ ر ٨ ـ الحبيل السرى

الشكل الثانى

رأس جنين تام الاشهر شوهد من جزئه العلوى

ا ـ اليافوخ المقدم او القمى

ب ـ اليافوخ الخلفى او القمحدوى

ث ث ـ الحدبتان الجبهيتان

و ـ زاوية القمحدوة

ه ه ـ القطر الجدارى المزدوج والحدبتان الجداريتان

ف ـ جزء جدارى من الدرز السهمى

خ خ ـ الدرز الجبهى الجدارى

ح ح ـ الدرز اللامى

الشكل الثالث رأس مشاهد من الجانب

ا ـ حدبة جدارية

ب ـ حدبة جبهية

ث ـ العظم القمحدوى

د ـ الصدغى

ه ـ الوتدى

ف ـ الفك السفلى

ج ـ الفك العلوى

خ ـ عظم الزوج

ح ـ عظم الانف

ى ـ الحجاج

ك ـ اليافوخ الخلفى

ل ـ اليافوخ المقدم

م ـ اليافوخ الجبهى الجدارى

ن ـ القوس الزوجى

ع ع ـ القطر القمحدوى القمى

غ غ ـ القطر القمحدوى الجبهى

و و ـ القطر القائم اى العمودى

ر ث ـ القطر الذقنى الفمى

اللوح الثامن امرأة تمت اشهر حملها وجنين فى الوضع الثانى

اا ـ جسم الجنين

ب ـ قطع جبل الزهرة

ث ـ قطع العانة

د ـ قطع المثانة

ه ـ الحاجز المثانى المهبلى

ف ـ المهبل

ج ـ الحاجز المستقيمى المهبلى

خ ـ المستقيم

ح ح ـ قطع العجز

ك ـ قطع العجان

ل ل ـ القطر العصعصى العانى

م ـ القطر العجزى العانى

ن ـ جدران خاصرة مرفوعة

ع ـ سرة المرأة

غ غ ـ شفتا العنق منتفختان قليلا

و ـ التقعير المستقيمى المهبلى

اللوح التاسع الاوضاع القمية

الشكل الاول ـ الوضع الاول فى المضيق العلوى

الشكل الثانى ـ الوضع القمحدوى المقدم فى المضيق العلوى

الشكل الثالث ـ الوضع الخلفى فى التقعير

اللوح العاشر اوضاع الوجه

الشكل الاول ـ الوضع الاول فى المضيق العلوى

الشكل الثانى ـ الوضع الذقنى العانى فى المضيق العلوى

الشكل الثالث ـ الوجه فى المضيق السفلى

اللوح الحادى عشر اوضاع الجذع

الشكل الاول ـ الوضع القمحدوى الخلفى والجذع كان خرج

الشكل الثانى الظهرى العانى للمنكب الايسر

الشكل الثالث مثله للمنكب الايمن

وكان ذلك ابتدآء الخروج من ذاته والمنكب ا المنخفض جدا جاء واستند على الجانب الايسر ب من القوس العانى وسمح للصدر ث ان ينزل شيأ فشيأ ليخرج من جانب د الذى للفرج

اللوح الثانى عشر التحويل

الشكل الاول ـ الوضع القمحدوى الحرقفى الايسر

الشكل الثانى ـ الظهرى العانى للمنكب الايمن

الشكل الثالث ـ المجى بالمقعدة

اللوح الثالث عشر استعمال الجفت

الشكل الاول ـ الرأس بالعرض مأخوذ من جهة قطره المقدم الخلفى فى المضيق العلوى

الشكل الثانى ـ الوضع القمحدوى المقدم فى المضيق السفلى

الشكل الثالث ـ الجفت فى الولادة بالحوض

اللوح الرابع عشر التخليص

الشكل الاول التخليص البسيط

فاليد

فاليد اليمنى ا تمسك الحبيل ب ب لتجذبه الى الاعلى مدة سكون اليد اليسرى ث تدفع اصله بكيفية بكرات الرد

الشكل الثانى ـ التخليص الصناعى

فاليد اليسرى فى الرحم تفصل المشيمة من محل التصاقها

الشكل الثالث ب نغمشة المشيمة

ا ـ حبيل خالص فى تجويف الرحم

ب ـ مشيمة انحبست من ضيق الرحم ث

د د ـ عنق شفتاه كانهما متوجتان فى اعلى المهبل (٥٥)

اللوح الخامس عشر الجفت وآلات اخر

ا الشكل الاول جفت استحسنه فلبوس

ا ا ـ الفرع الايسر او المذكر

ب ب ـ الفرع لايمن او الانثى

ث ـ المفصل

د ـ زيتونة الكلاب

ه ـ دبدوبة الكلاب

الشكل الثانى الجفت نفسه مشاهدا من الجانب

آ ـ صفيحة المدار

ب ـ مترس اليد

الشكل الثالث مفتاح الجفت

الشكل الرابع جفت سميلى

اا ـ ملعقة محاطة بشريط من جلد

ب ب ـ ايدى من خشب

الشكل الخامس فرع من هذا الجفت شوهد من وجهه

الشكل السادس انبوبة حنجرية

الشكل السابع جفت ذواه ول كاذبة

الشكل الثامن مقراض ثاقب للجمجمة

الشكل التاسع ثاقب جمجمة بسيط

الشكل العاشر حامل الحبيل للطبيب جليون

اللوح السادس عشر آلات مختلفة

الشكل الاول الجفت المثلث الرؤس

الشكل الثانى رافعة مفصلية اومشبكية مشاهدة من وجهها

الشكل الثالث مثلها مشاهدة من الجانب ومنثنية قليلا

الشكل الرابع رافعة رنو يزان مشاهدة من وجهها

الشكل الخامس مثلها من جانبها

الشكل السادس حلمة دربو الصناعية

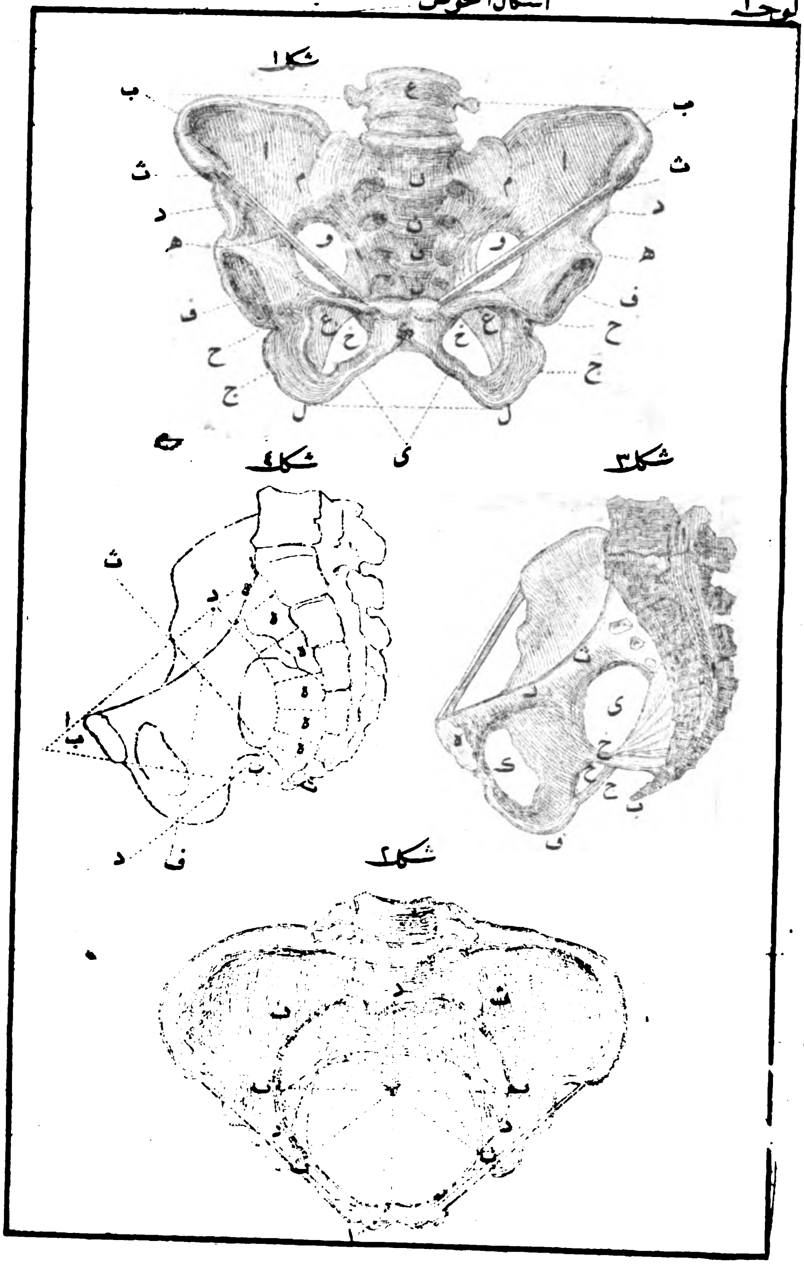
الشكل السابع طلمبة الثدى

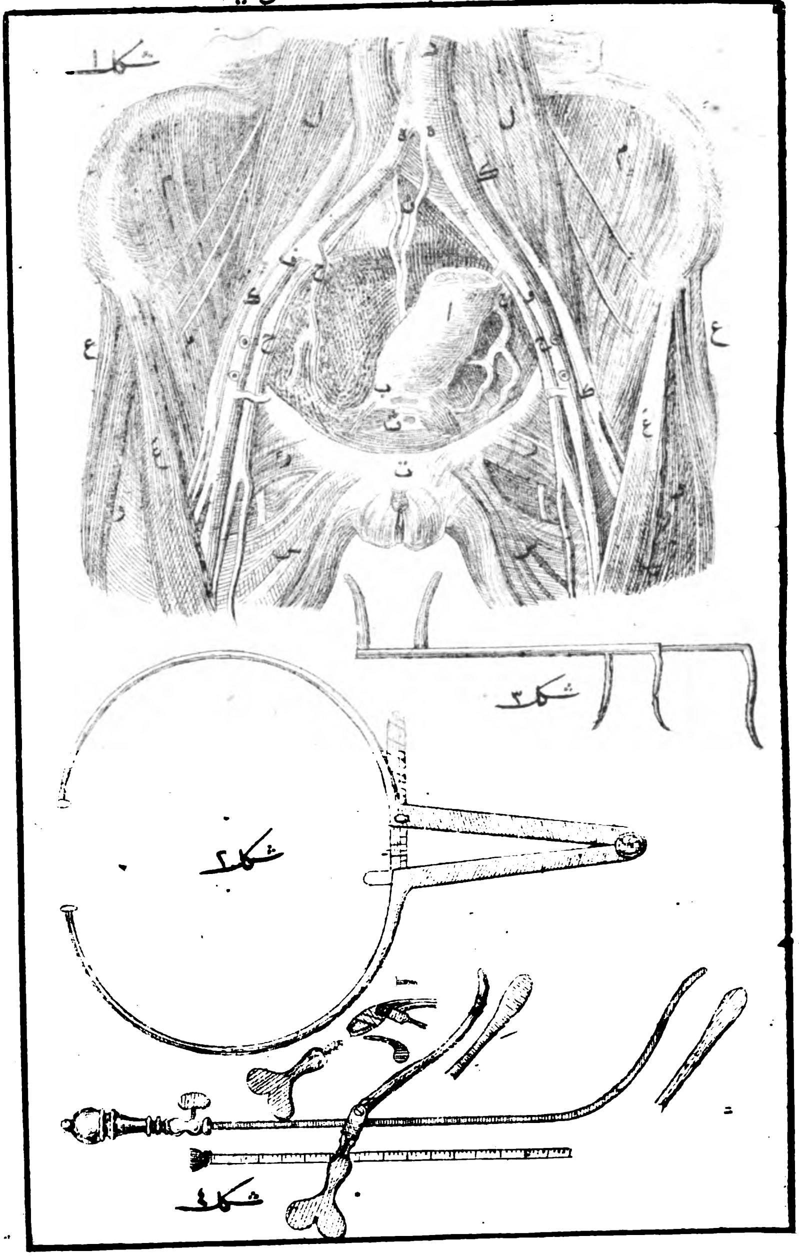
الشكل الثامن طرف ثدى مشاهد من وجهه المقعر

الشكل التاسع مثله مشاهد من الحلمة

تم

اشكال الحوض

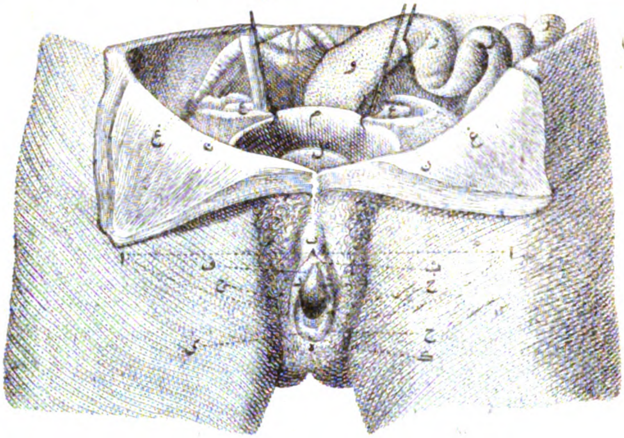



شكل ١
شكل ٣
شكل ٢
شكل ٤

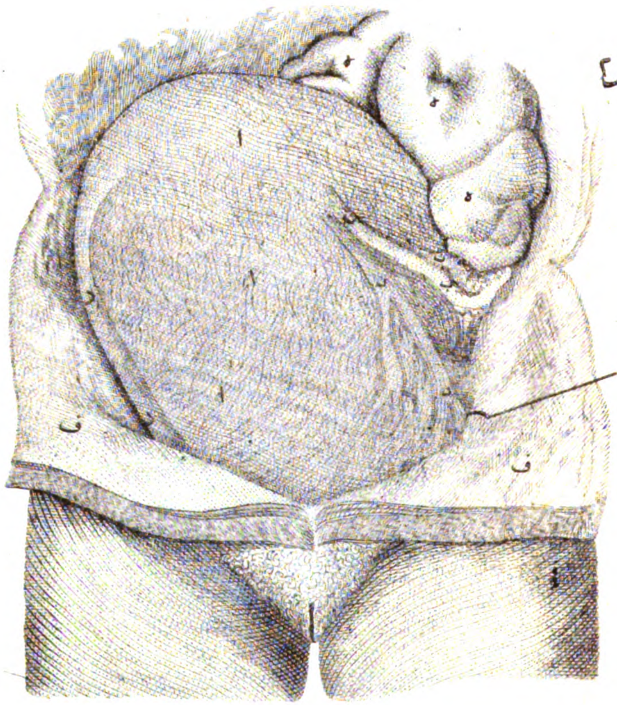
لوحه

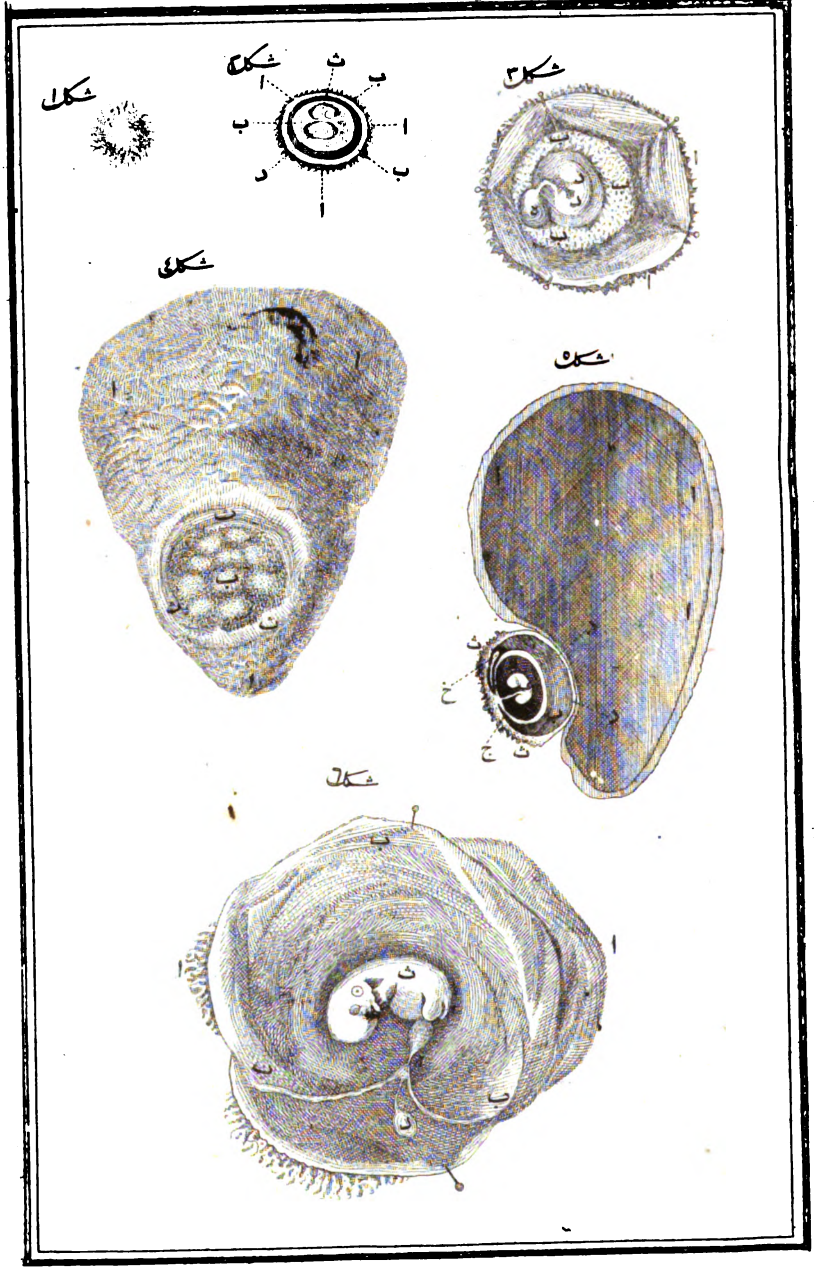
اعضاء التناسل

شكل ١

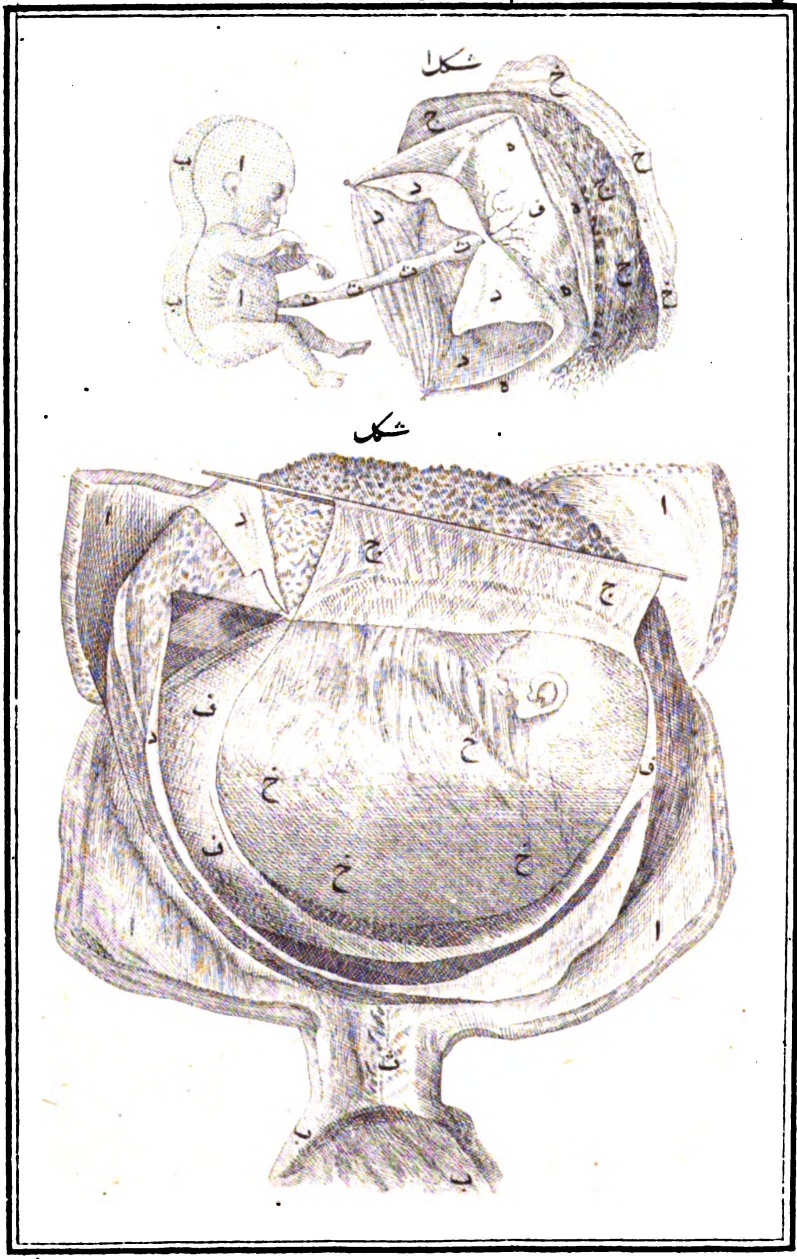


شكل ٢




شكل ١
شكل ٢
شكل ٣
شكل ٤
شكل ٥
شكل ٦

لوحه الجنين مع متعلقاته



شكل ١



شكل ٢

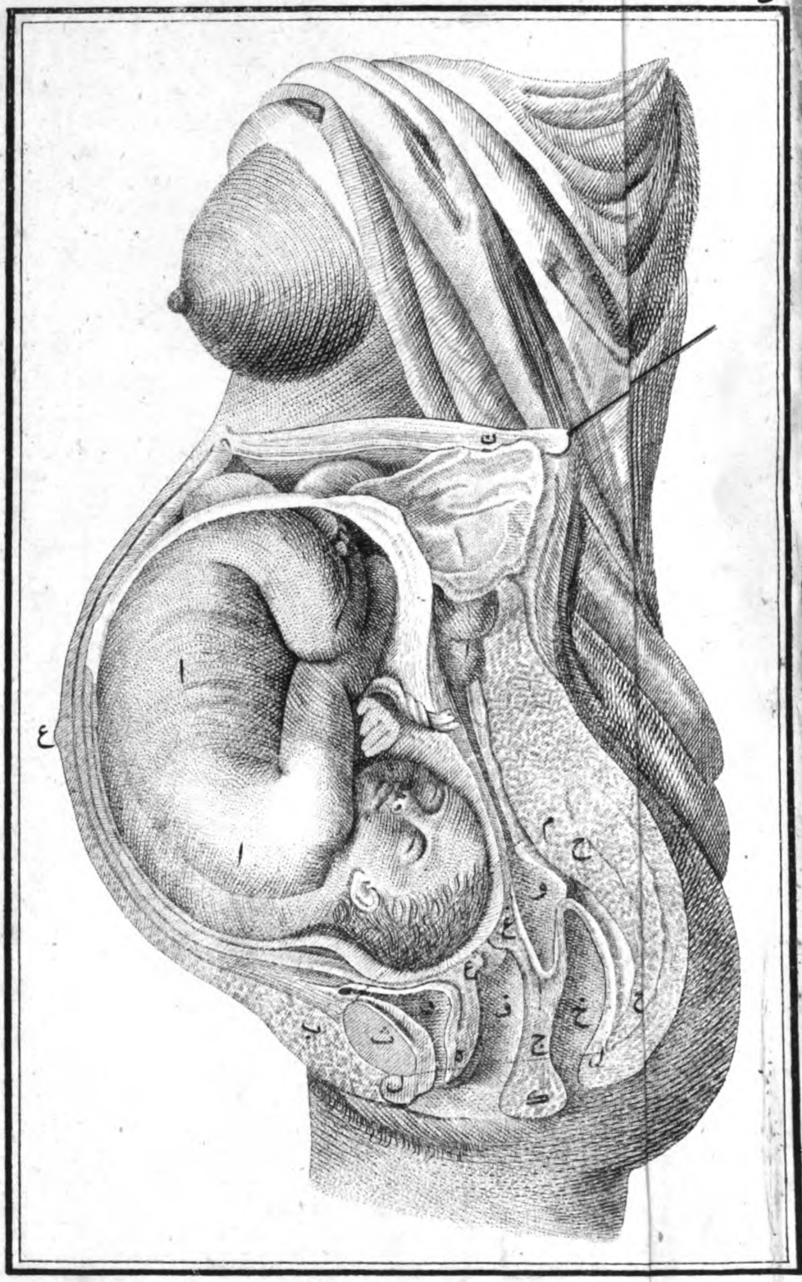


لوحة ٧

الجنين

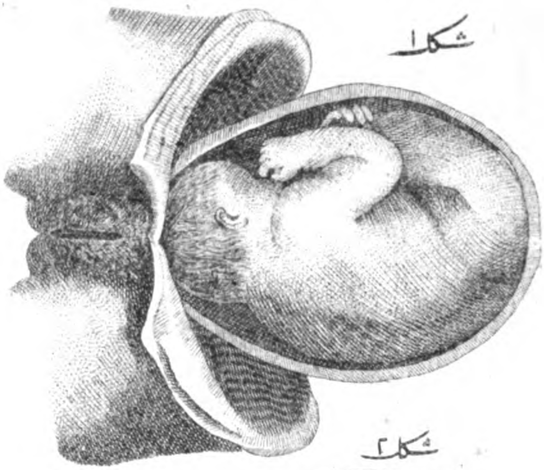


لوحه ٨



الاوضاع القمية للجنين

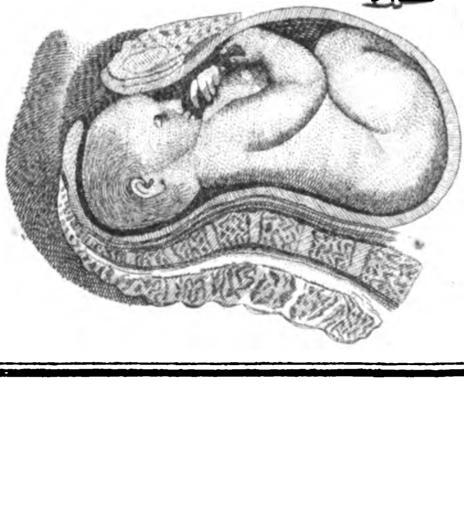
شكل ١



شكل ٢

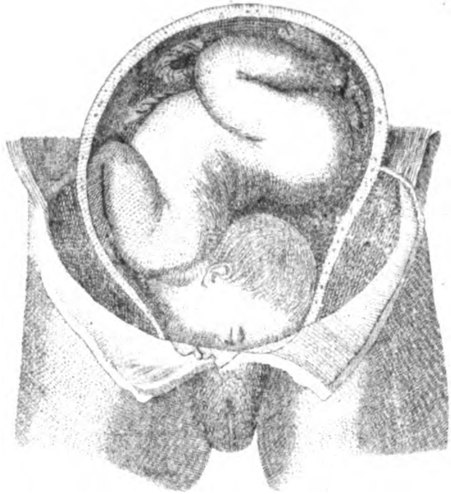


شكل ٣

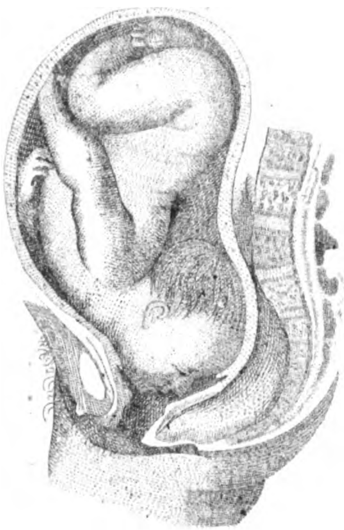


اوضاع الجنين بالوجه

شكل ١



شكل ٢



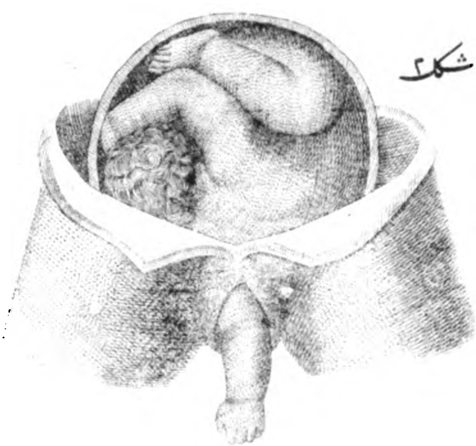
شكل ٣



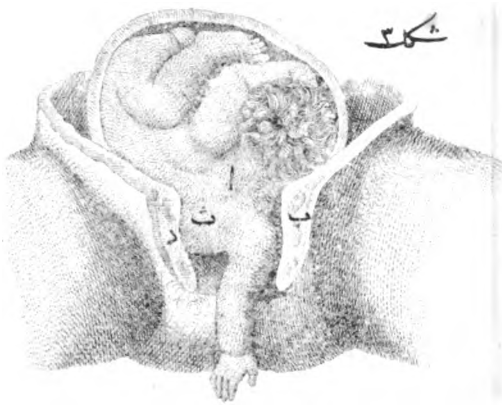
شكل ١



شكل ٢



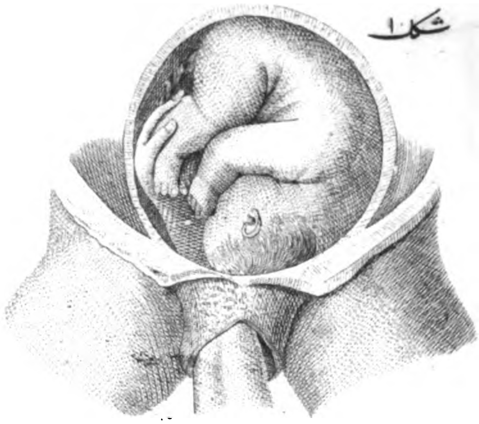
شكل ٣



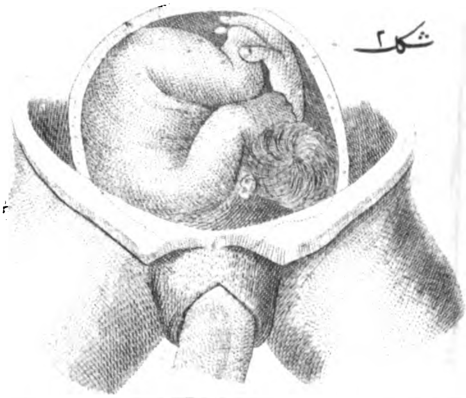
لوحة ١٢

التحويل

شكل ١



شكل ٢

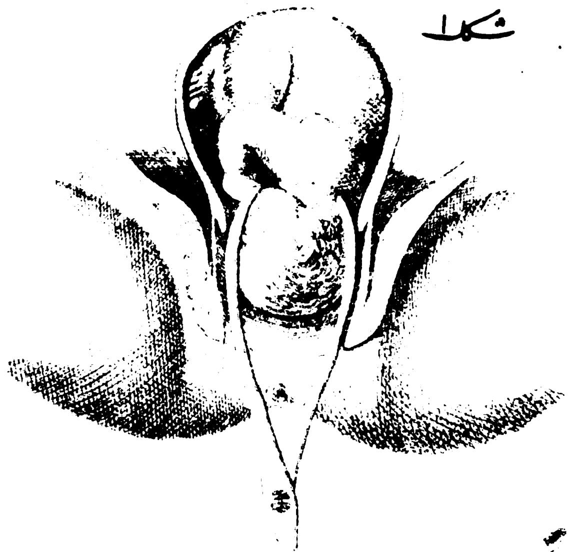


شكل ٣



لوحة ٣   استعمال جفت الولاده

شكل ١



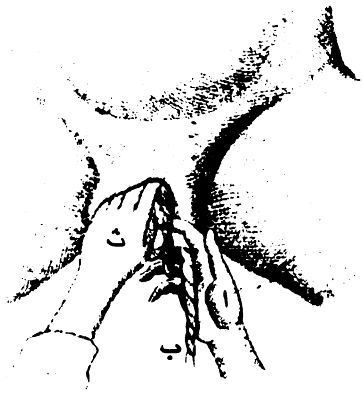
شكل ٢



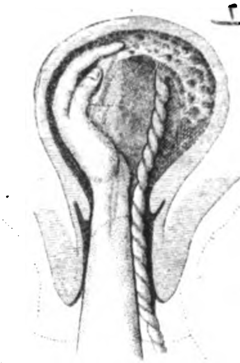
شكل ٣



شكل ١



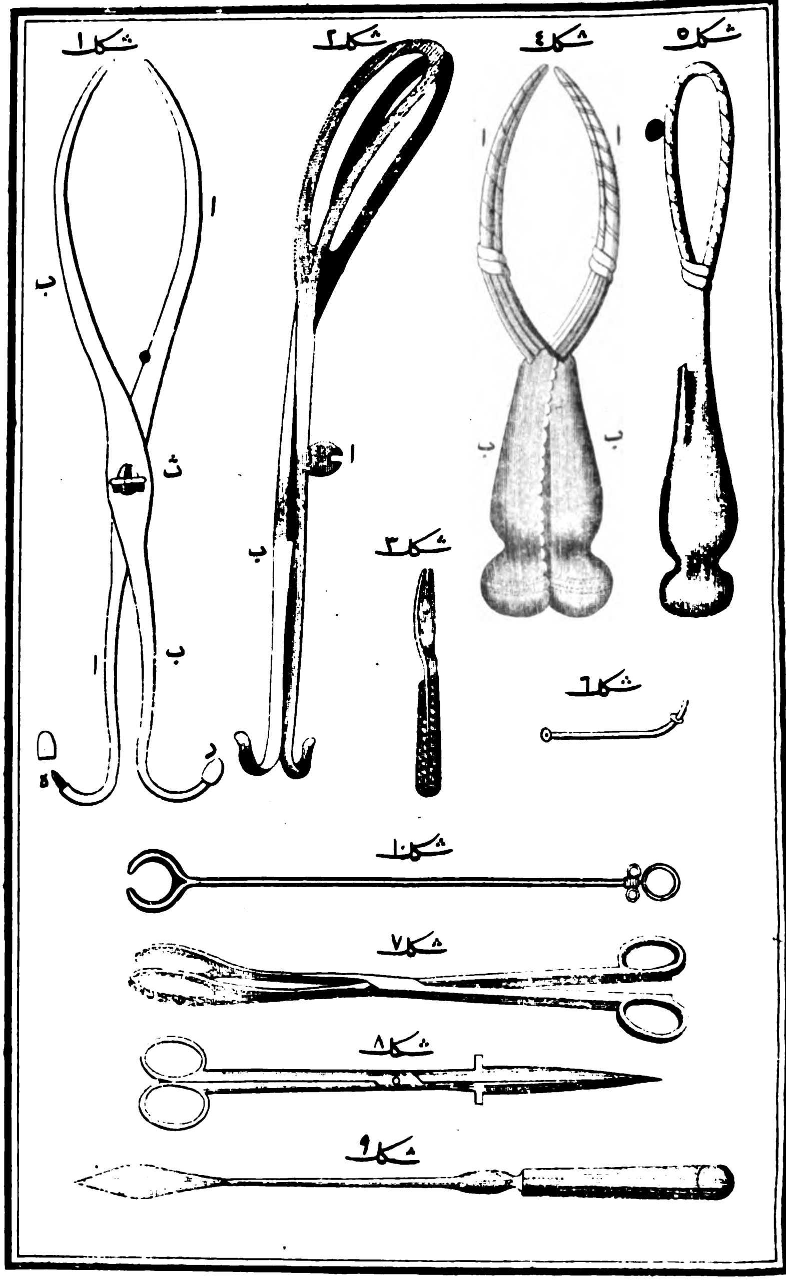
شكل ٢



شكل ٣



لوحة ٥ جفت الولاده والات اخر



لوحة ١٦

بعض آلات اخر

